FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE N° — 410

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juin 1900 à 1 heure

par PAUL BLONDEL

Né à St-Pol-sur-Ternoise (Pas-de-Calais) le 6 Octobre 1874

Contribution à l'Etude

DES

KYSTES DE L'IRIS

Président : M. TILLAUX.

Juges MM. TERRIER.
DELBET.
LEGUEU.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LILLE
Maurice PONTHIÈRE, Editeur
14 Rue des Fossés, 14

1900

420

THÈSE

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547213_0028

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juin 1900 à 1 heure

par PAUL BLONDEL

Né à St-Pol-sur-Ternoise (Pas-de-Calais) le 6 Octobre 1874

Contribution à l'Étude

DES

KYSTES DE L'IRIS

Président : M. TILLAUX.

Juges MM. { MM. TERRIER. DELBET. LEGUEU.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

LILLE

Maurice PONTHIÈRE, Editeur

14, Rue des Fossés, 14

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABŒUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. TERRIER.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.

ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	THIERRY
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIROLOIX
ANDRE	FAURE	LEPAGE	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	VAQUEZ
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA TOURETTE	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (André)	HARTMANN	MENETRIER	WALLICH
CHARRIN	HEIM	MERY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
Pierre DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
		TEISSIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

M. RIEFFEL, Chef des Travaux anatomiques.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

Monsieur A. HÉQUET

DIRECTEUR DES POSTES ET TÉLÉGRAPHES DU DÉPARTEMENT DE LA SOMME

DIRECTEUR DU SERVICE TÉLÉGRAPHIQUE MILITAIRE DE LA 2^{me} RÉGION

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA FIANCÉE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

FAIBLE TÉMOIGNAGE D'AMOUR FILIAL

A MA SŒUR AINÉE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE
DE LILLE

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TILLAUX

CHIRURGIEN A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Durant le cours de nos études médicales, il nous a été donné de nous arrêter quelquefois à des observations qui nous paraissaient intéressantes. Mais combien plus était piquée notre curiosité, lorsque nous nous nous trouvions en face d'un cas d'une rareté exceptionnelle.

Cette bonne fortune nous l'avons eue dans le service de M. le Professeur Dujardin au dispensaire St-Raphaël à Lille.

Une jeune fille de 18 ans se présenta à la consultation, se plaignant de ne plus voir qu'imparfaitement de l'œil droit.

L'année précédente, elle s'était blessée avec la pointe de ses ciseaux. Pendant quelques semaines, il y eut à l'endroit malade, une légère inflammation, puis, ce phénomène disparut. Seule la vue était restée défectueuse.

L'examen montra au niveau de la partie supérieure de la cornée un leucome linéaire. La pupille était agrandie en haut.

La chambre antérieure était effacée partiellement par une tumeur à peu près ronde, de coloration grisâtre, brillante, siégeant sur l'iris.

Cette tumeur présentait les symptômes non douteux d'un kyste perlé de l'iris, d'origine traumatique.

La malade ayant refusé alors l'énucléation de ce kyste, elle revint six mois plus tard.

Mais alors pendant cet intervalle, ayant eu de nouvelles poussées inflammatoires occasionnées par un traitement empirique, son kyste, d'un pronostic d'ordinaire si bénin était augmenté de volume, et était accompagné de symptômes inquiétants.

L'extirpation seule du kyste étant devenue inutile, l'ablation totale du globe oculaire fut pratiquée. L'œil fut examiné en notre présence, par M. le Professeur Augier qui en fit alors l'examen microscopique.

Sur le conseil de Monsieur le Professeur Dujardin, nous avons conservé les notes prises sur ce cas, et

elles nous ont servi de prétexte à notre thèse inaugurale.

Avant d'entrer dans le sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer notre vive gratitude envers tous ceux qui nous ont aidé et soutenu de leurs conseils pendant le cours de nos études médicales.

Monsieur le Professeur Dujardin, grâce à qui nous avons eu le sujet de notre thèse, Monsieur le Docteur Thilliez, Oculiste du dispensaire St-Camille, qui nous a aidé de ses conseils éclairés, ont droit à notre reconnaissance.

Nous n'oublierons pas davantage Messieurs les Professeurs Augier, Duret, Eustache et Desplats qui nous ont formé à l'étude des sciences médicales. Nos Maîtres, Messieurs les Professeurs Derville, Delassus et Faucon, avec qui nous avons travaillé plus spécialement, nous ont en outre été d'un précieux concours et nous les en remercions.

En quittant le milieu universitaire de la Faculté libre de Lille, où nous n'avons rencontré que des amis, nous nous souviendrons toujours des principes que nous y avons puisés. Nous nous souviendrons que nous avons un devoir à remplir envers la Société, que les pauvres et les deshérités ont un droit très

spécial à nos soins ; nous rappelant sans cesse cette vérité que dans le corps social, aujourd'hui plus que jamais, la Justice doit primer la Charité.

Notre ami, Monsieur René Courteville, a mis très gracieusement à notre disposition, son talent de dessinateur pour les figures qui illustrent notre texte, nous l'en remercions ici bien sincèrement.

Que Monsieur le Professeur Tillaux, notre Président de Thèse, veuille accepter l'hommage de notre vive gratitude, pour le grand honneur qu'il nous fait.

Historique et Définition

La première description bien nette des kystes de l'iris nous est donnée par Mackenzie dans son *Traité pratique des maladies des yeux*. Voici d'ailleurs comment il s'exprime au chapitre des tumeurs non malignes de l'iris : « J'ai vu un kyste se former dans l'iris, à la suite d'une plaie, il était demi-transparent et paraissait rempli de liquide clair.... ». Il présente même plusieurs observations. Mais s'il reconnut les kystes iriens, il ne put en donner alors, ni la nature, dans tous les cas, ni la classification anatomique.

Après lui vinrent d'autres auteurs, qui, soit par des communications, soit dans leurs traités, parlèrent de ces tumeurs désignées spécialement sous le nom général de kystes, ou même de tumeurs non malignes de l'iris.

Delarue parle d' « excroissances charnues »

sans doute en étudiant les kystes perlés, mais encore il lui arrivait souvent de décrire, comme étant de même espèce, ce qu'il appelait des « tubercules scrofuleux ».

Tyrrells en 1840, décrit comme kyste « une tumeur de la dimension d'un petit pois, s'attachant près de la pupille et faisant saillie dans la chambre antérieure. La surface était d'un blanc brillant ressemblant à un tissu tendineux délicat ». Il s'agissait évidemment d'un kyste perlé bien que l'auteur ne nous parle pas de son contenu. Ce qui confirme notre opinion c'est que l'opération se fit « par énucléation et sans ponction »

Warton, en présentant un cas de kyste séreux, apporte son contingent aux premiers travaux commencés sur la question. Il trouve une tumeur délicate faisant saillie de la chambre postérieure dans l'antérieure. Ce kyste est ponctionné, il s'affaisse et se remplit de nouveau. Nous trouvons ici le premier cas de récidive.

Dixon et Guépin publient plusieurs observations. L'un et l'autre n'apportent guère de faits nouveaux.

Une chose qui est à signaler chez tous, c'est

la même étiologie. Toujours jusque maintenant on a eu plaie pénétrante de la cornée.

Bostells mentionne un cas tout particulier ou l'existence de toute plaie et de toute lésion externe antécédante est écartée. Le professeur Graefe ne trouve pas davantage l'étiologie dans ses observations de kystes séreux. En outre nous voyons Pamard d'Avignon, Combessis, Staler, Witte-Cooper, Richard compléter la série et former une base presque définitive. Witte-Cooper est particulièrement précis. Il pose presque une définition dont on gardera l'idée.

Chez lui on trouve en effet cette remarque « la tumeur est d'abord comme une semence de perle, un an plus tard, kyste du volume d'un pois brillant et irisé comme une perle ». Et trois ans après, en 1855, Combessis dans une observation plus complète parle d'une « tumeur ronde, blanchâtre occupant le bleu de l'œil comme une perle enchassée dans l'iris ».

L'histoire des kystes séreux est déjà plus complète et plus affermie que celle des kystes perlés dont nous venons de parler dans ces derniers cas. La cause en est toute dans leur rareté qui est moindre.

Toutefois, si aujourd'hui on est presque unanimement d'accord sur la pathogénie des kystes perlés, il est loin d'en être de même pour ceux à contenu séreux.

Parmi les auteurs qui ont le plus contribué à leur étude, nous trouvons en premier lieu M. Wecker. Dans ses travaux sur la « dégénérescence cystoïde de l'iris » il a posé sa théorie du plissement qui est acceptée pour bien des cas. Il est vrai que depuis, des observations nouvelles étant venues où il était impossible d'admettre ses idées, de nouvelles causes de pathogénie ont été mises en avant.

M. Wecker ne donne pas le plissement comme cause exclusive des kystes séreux. Il dit même : « il est réservé à des recherches postérieures de démontrer si en dehors de tout plissement il peut se développer des kystes séreux dans la trame irienne elle-même ».

Paget admettait que ce genre de tumeurs peut quelquefois appartenir à la catégorie des tumeurs de nouvelle formation.

Georges Strawbridge en présente justement un cas où l'examen microscopique exclut totale-

ment la théorie du plissement avec inclusion d'humeur aqueuse.

Plus récemment Schmidt-Rimpler, à la suite d'une observation très intéressante que nous publions d'ailleurs, acquit la conviction qu'un kyste séreux peut se développer d'une autre façon encore : par une rétention observée au niveau des espaces lymphatiques décrits par Fuchs.

Ceci est donc une nouvelle preuve apportée à cet édifice de la pathogénie des kystes séreux qui est si lente à s'établir. Dans cet ordre d'idée nous trouvons encore Eales et Sinclair fournissant un cas dont l'étiologie serait purement de l'inflammation à la suite d'une brûlure de l'œil.

Pour les kystes perlés leur histoire est plus claire. Le nom de kyste leur est définitivement laissé depuis 1872, époque dès laquelle on peut les connaître sérieusement, alors qu'ils étaient encore confondus avec les kystes séreux. Même pour les auteurs qui savaient cliniquement les distinguer les uns des autres, les séreux avaient toujours le nom de kyste, tandis que les perlés étaient quelquefois pris pour autre chose. Mackenzie par exemple, en parlant des néoplasmes

bénins de l'iris dit : « J'ai rencontré deux espèces de tumeurs non malignes de l'iris, les unes enkystées, les autres solides ». Il est évident que le kyste perlé faisait pour lui, et pour beaucoup qui l'ont suivi, partie de cette classe de tumeurs solides qu'il sépare nettement des liquides kystiques. Monoyer le 7 Mars 1871, présenta à la société de Mèdecine de Strasbourg un kyste perlé nettement décrit qu'il nomma « épithélioma perlé de l'iris ».

C'est à Masse de Bordeaux que revient l'honneur d'avoir par ses travaux et par ses expériences, nettement expliqué la pathogénie des kystes perlés.

Ce que nous voulons dans notre travail, c'est en chercher la pathogénie et tenter de classer les différents genres de kystes de l'iris.

Nous dirons mème un mot des kystes congénitaux dermoïdes dont l'existence était encore douteuse il y a quelques années. L'observation présentée par Mademoiselle von Rozenweig, d'un cas opéré par le professeur Fuchs montre d'après l'examen histologique que c'était un kyste dermoïde. Cette tumeur était congénitale.

Bien que à proprement parler il n'y ait pas

toujours kyste au point de vue anatomo-pathologique, nous garderons avec les auteurs le nom de kyste, nous le définirons ainsi : toute cavité close plus ou moins régulièrement sphérique constituée par une membrane continue avec l'iris et dont le contenu liquide ou mou n'a que des rapports de contiguité avec la paroi.

Cette membrane peut être une néoformation constituée par le tissu irien lui-même. Nous reviendrons sur cette question en traitant l'anatomie pathologique.

ANATOMIE

Avant que d'entrer dans la discussion du sujet, il nous paraît nécessaire de résumer en quelques notes l'anatomie et l'embryologie de la région dont nous nous occupons

Anatomie Descriptive

L'iris est une membrane discoïde percée à son centre d'une ouverture, la pupille, qui forme son bord libre.

Les points d'insertion sont sur le bord du corps ciliaire. De là l'iris s'étend sur la face antérieure du cristallin, où il prend une forme cônique, car cette face du cristallin atteint un plan antérieur à celui où est inséré l'iris.

L'aspect de la membrane irienne présente un dessin assez élégant formé d'élevures et de dépressions : ce qu'on nomme reliefs de l'iris. Ce dessin à l'état pathologique perd sa netteté et devient terne, méconnaissable. Les lignes sont formées de trabécules radiaires et saillants qui sont purement les vaisseaux sanguins du stroma irien se dirigeant de l'insertion vers le bord pupillaire.

A ce niveau, les vaisseaux s'anastomosent en couronne avec les trabécules circulaires et donnent le petit cercle de l'iris. C'est le point de départ d'une division anatomique décrite sous les noms de zone ciliaire et zone pupillaire.

Le long du petit cercle se trouvent des anfractuosités appelées cryptes. D'autres ouvertures semblables, mais plus petites, sont disposées à la face antérieure de la périphérie de l'iris près de sa racine.

Au point de vue histologique le stroma irien est constitué par de nombreux vaisseaux. Ceux-ci naissant de la base d'insertion viennent aboutir vers le bord de la pupille. Un tissu lâche, formé de cellules ramifiées et pigmentées, relie entre eux ces vaisseaux, qui sont déjà revêtus d'une épaisse

membrane adventice. Par conséquent, le tissu irien est lâche, spongieux, vasculaire et coloré. Il existe en outre, près du bord pupillaire, sur la face postérieure, un muscle circulaire, le sphincter de l'iris, qui est le muscle contracteur de la pupille. Sa constitution anatomique nous montre une bandelette plate de fibres lisses, de la largeur de 1 millimètre.

Face antérieure de l'iris : Un endothélium qui est la continuation de la membrane de Descemet la recouvre jusqu'au bord pupillaire.

Cet endothélium manque cependant au niveau des cryptes qui constituent des ouvertures conduisant dans l'épaisseur du tissu de l'iris, et le mettent ainsi en communication directe avec le liquide de la chambre antérieure. Ainsi peut s'opérer facilement le changement rapide du volume de l'iris pendant le jeu de la pupille.

Face postérieure : Elle est revêtue par la membrane limitante postérieure et par la couche de pigment rétinien. Les cellules qui forment cette membrane sont fortes et régulières, elles rayonnent depuis l'insertion jusqu'au bord pupillaire.

Sur la membrane limitante postérieure se

trouve la couche pigmentaire rétinienne ; elle se retourne même légèrement sur la face antérieure le long du bord pupillaire.

Le feuillet pigmentaire comprend deux couches de cellules épithéliales, qui sont en quelque sorte le prolongement de la rétine jusqu'au bord pupillaire.

La couleur de l'iris est variable et entièrement due au pigment dont on trouve deux espèces, l'une pigment du stroma : cellules ramifiées, antérieures ; l'autre pigment rétinien : dans les cellules épithéliales de la couche pigmentaire postérieure.

Il nous reste encore à décrire une partie de l'anatomie de l'œil, nécessaire à notre description et qui a été spécialement étudiée par Fuchs et surtout par Schwalbe : les voies lymphatiques.

Il ne sera nécessaire pour nous que de voir les voies lymphatiques antérieures. Nous bornerons donc notre étude à elles seules.

La lymphe du segment antérieur de l'œil s'amasse dans deux grands espaces lymphatiques: la chambre antérieure et la chambre postérieure.

La pupille est leur voie naturelle de communication.

Mais l'important est de savoir par où cette lymphe sort de ce double réservoir : c'est dans la chambre antérieure que se produit le phénomène physiologique. La lymphe postérieure passant par le trou pupillaire, vient dans l'espace antérieur, filtre à travers le tissu réticulé du ligament pectiné et se déverse dans le canal de Schlemm qui est en communication directe avec les veines ciliaires antérieures.

Enfin, il importe de dire très spécialement, que les voies lymphatiques antérieures ont une importance beaucoup plus considérable que les postérieures. Viennent-elles à perdre leur perméabilité, il peut en résulter des conséquences très graves pour l'œil.

Mais ce que Fuchs a surtout appelé les espaces lymphatiques est un détail de ce que nous venons de voir en général.

Nous avons parlé plus haut des cryptes visibles surtout au niveau du petit cercle de l'iris. Ces cryptes sont en réalité des lacunes dans le tissu irien, des ouvertures, des fentes interstitielles qui s'étendent à travers toute la largeur de la membrane. Au niveau du ligament pectiné de l'iris, près du bord ciliaire de l'iris, elles communiquent

encore avec la chambre antérieure. Ces fentes largement anastomosées, constituent un vaste sinus lymphatique, communiquant avec la chambre antérieure.

Nous allons retrouver les liens qui unissent ces différentes parties du globe oculaire, dans les notions d'embryologie qui vont suivre.

Embryologie

La vésicule cérébrale primitive émet de chaque côté un prolongement qu'on appelle vésicule optique primitive. Un pédicule qui s'amincit de plus en plus, et qui sera le nerf optique l'unit à la vésicule cérébrale.

Voyons comment va évoluer ce bourgeon. Sa surface est constituée d'une épaisse couche d'ectoderme surtout au niveau du sommet. C'est l'origine du cristallin. Là l'ectoderme va se développer rapidement et s'infléchir en forme de cupule vers le centre de la vésicule, à un tel point que l'orifice venant à s'étrangler il y a une partie de l'ectoderme incluse totalement. C'est la

vésicule cristallinienne formée de tissu épithélial et constituée au début par une vésicule creuse qui se comble par la multiplication de ses cellules, pour devenir une sphère solide.

A cet endroit, la vésicule oculaire repoussée par l'ectoderme s'infléchit tout entière et de sphérique, elle devient cupulaire avec une paroi doublée de l'ectoderme : c'est la vésicule optique secondaire. En un mot elle est constituée par la primitive qui s'est invaginée en elle-même et s'est constitué une deuxième paroi.

La paroi interne, qui, en se repliant sur elle-même en doigt de gant, s'est donné deux feuillets, va donner naissance à des organes différents ; l'interne formera la rétine, puis en avant la couche de cellules non pigmentées ; la portion ciliaire de la rétine qui revèt le corps ciliaire, enfin tout à fait en avant la couche postérieure du revètement pigmentaire de l'iris.

Quand la vésicule oculaire s'est déprimée sous la pression du cristallin, ce dernier remplit compètement la cavité car le corps vitré n'existe pas encore.

Le mésoderme qui enveloppe extérieurement la vésicule oculaire pénètre par une ouverture

placée à la partie inférieure de celle-ci, par la fente oculaire fœtale. Il s'insinue entre la rétine et le cristallin, sépare ces deux organes l'un de l'autre et forme le corps vitré.

Plus tard la fente oculaire fœtale se ferme et l'œil forme définitivement un vase clos.

La choroïde, la sclérotique et la cornée naissent du mésoderme dans lequel nage la vésicule optique.

Nous devons insister davantage sur l'embryologie de l'iris. Ces notions sont effet nécessaires pour comprendre la formation des kystes acquis ou congénitaux.

L'iris, disons-nous, se compose de cinq couches qui sont, en allant de la cornée vers le cristallin, une couche épithéliale, une couche élastique (muscles de Demours prolongés) une membrane propre et deux couches pigmentaires (uvée). Les deux premières dérivent du mésoblaste précristallinien, qui forme les quatre couches profondes de la cornée.

La troisième couche (membrane propre ou fondamentale) est formée par une charpente connective qui soutient des fibres musculaires, des vaisseaux et des nerfs. Elle fait suite aux deux

couches vasculaire et capillaire de la choroïde qui dérivent de l'oculo pie-mère non invaginée.

Les deux couches profondes (uvée) pigmentaires, viennent des deux feuillets proximal et distal de la vésicule optique secondaire ; le feuillet distal se trouve réduit à la membrane limitante, qui, nous venons de le voir est pigmentée.

Elle dérive un peu aussi du mésoblaste correspondant. On retrouve une ébauche de cette couche dans un bourrelet annulaire placé au devant du bourrelet ciliaire au niveau de l'équateur du cristallin et du carrefour anastomotique, entre les deux couches venues de la cornée et des deux couches profondes procédant de la vésicule optique secondaire.

L'orifice limité par le bourrelet irien, répond à l'orifice de cette dernière vésicule, et l'orifice pupillaire définitif ne serait autre chose que le reste de cet orifice primordial (Piqué. - Anomalies du développement et maladies congénitales du globe de l'œil).

PATHOGÉNIE

La pathogénie des kystes de l'iris a eu à enregistrer nombre de théories différentes. Ce qui a pu le permettre, c'est sans contredit le nombre assez limité de cas. Cette affection de l'iris étant assez rare, certains auteurs ont conclu à une genèse qui varie beaucoup surtout quand il faut exclure toute origine traumatique.

Nous étudierons les différents types suivant lesquels nous avons pu grouper les kystes de l'iris, et nous tâcherons de tirer une classification de ce genre de tumeur.

Kystes Séreux

On range dans cette catégorie, l'ensemble des tumeurs dont le contenu n'offre pas une consistance ferme. Il varie du liquide le plus limpide, à une sérosité légèrement pâteuse.

La cause la plus ordinaire de la dégénérescence kystique de l'iris est sans contredit le traumatisme. La proportion en est un peu moindre que pour les kystes perlés, où Masse accuse le traumatisme avec plaie externe dans 83 % des cas.

Ici, nous avons à compter sur les origines congénitales, et quelquefois même on ne trouve pas de blessure, et on ne saurait davantage en imputer la cause à une malformation fœtale.

Quand nous trouvons le traumatisme à l'origine, celui-ci peut être de nature différente.

Ou bien c'est un choc violent sans lésion de la cornée, ou bien encore c'est une perforation de cet organe avec pénétration de corps étrangers.

Guépin a observé un kyste séreux, à la suite d'opération de la cataracte par broiement.

D'aprés Eversbuch, la contusion violente de l'œil produirait la dégénérescence kystique de cette façon : « Une hémorragie se produirait dans l'angle irido-cornéen, et une exsudation dans le ligament pectiné, ainsi que dans les lamelles avoisinantes ».

M. Wecker admet une pathogénie qu'il défend depuis longtemps. D'après sa manière de voir, le

kyste serait dû « à un simple plissement ou à une déformation sacciforme de l'iris ». Il ajoute même que « la trame irienne n'est nullement disposée à la formation de kystes, attendu qu'elle ne renferme aucun élément tubulaire ou glandulaire, apte à une distension pathologique (tumeurs par rétention).

Le fait que la seule partie libre du tractus uvéal, celle qui flotte dans la partie antérieure de l'œil, devrait présenter cette prédisposition à la formation de pareilles tumeurs, était déjà de nature à faire penser qu'une cause accidentelle, un traumatisme, devait livrer l'élément essentiel à pareille production morbide.

« Aussi, a-t-on absolument abandonné l'idée d'une dégénérescence cystoïde de l'iris, et n'admet-on plus que les tumeurs solides (épithéliales) formées par greffe, et les kystes à contenu fluide, résultant d'un plissement de l'iris ou d'une déformation sacciforme de cette membrane ».

Le mécanisme, pour M. Wecker, diffère essentiellement de celui d'Eversbuch. Ici, le kyste ne serait pas formé par exsudation après une hémorragie, mais voici comment s'explique l'auteur : « j'admets non seulement qu'un enclavement du

pli irien (supposant toujours une plaie avec synéchie antérieure) peut aboutir à la formation d'un kyste de l'iris, je présume non seulement que pareil fait peut être la conséquence naturelle de la formation d'une synéchie postérieure en fer à cheval, mais je suis d'avis qu'à la suite d'un ébranlement violent de l'œil, avec faible déplacement ou luxation complète du cristallin, il peut s'effectuer un plissement de l'iris, qui devienne le point de départ d'une dégénérescence cystoïde ». Par ces mots « dégénérescence cystoïde », l'auteur veut parler de formation d'un kyste non spontané.

Donc, d'après M. Wecker, il pourrait, à la suite d'un choc violent se faire un repli du bord pupillaire, ou même, il admet la possibilité d'un plissement sur la continuité de la membrane irienne. Et pour conclure, il résume la genèse des kystes iriens à ces genres de production :

1° Soit à la suite d'un enclavement, d'un pli d'iris dans une plaie cornéenne, l'humeur aqueuse secretée dans ce pli s'y trouvant retenue

2° Soit que pareille dégénérescence se produise par la formation d'une synéchie postérieure en fer à cheval.

3° Ou enfin, que par suite d'un renversement et du plissement de l'iris, cette membrane subisse dans sa totalité cette dégénérescence cystoïde.

Ces théories ont été combattues plutôt par des faits que par de nouvelles données scientifiques.

Nous y reviendrons et nous verrons M. Wecker se défendre contre Feuer qui, dans la *Wien. Med. Presse 1875 XVI*, 1 et 9 avait cité deux cas qu'il considère comme distincts par leur pathogénie, des autres faits rencontrés jusque là. Ici, il n'y avait aucun traumatisme, ce qui n'a encore rien de bien étonnant, car on pourrait avoir eu affaire avec des kystes congénitaux, ou avec certains qui n'étant pas congénitaux ne peuvent certainement pas invoquer le traumatisme.

Ce que Feuer trouve d'essentiellement particulier dans ces kystes, c'est qu'ils sont dûs exclusivement à la division du tissu de l'iris en deux couches et non à la formation des plis iriens.

En outre des règles générales qui semblent présider à la pathogénie de ces kystes,

M. Wecker admet que dans certains cas il n'est pas absolument nécessaire ni d'un enclavement préalable de l'iris dans une plaie, ni d'une synèchie postérieure, comme nous l'avons déjà dit plus haut.

Pour les cas qui sortent de ce cadre pathogénique, il s'en rapporte à la faculté qu'à l'iris de se replier sur lui-même. Il combat l'idée que de telles tumeurs se puissent développer dans l'iris qui ne renferme aucun élément propre au développement de pareilles néoformations par rétention.

En s'avançant d'avantage, en se basant sur l'anatomie pathologique, il dit « Je ne saurais partager l'avis de M. Feuer en admettant avec lui qu'il ne serait pas compréhensible, comment et pourquoi l'uvée en perdant son pigment, se transformerait en un épithélium aussi distinct. » M. Wecker ajoute que cela s'observe dans le cas de distension progressive, l'épithélium pigmenté subit la même distension que sa membrane d'enveloppe.

Pour conclure M. Wecker demande que des observations postérieures viennent prouver la possibilité d'une production cystoïde séreuse

indépendamment d'un plissement. Car n'en ayant alors aucune preuve, il croit ne pouvoir « admettre un semblable développement, en contradiction avec tout ce que nous enseigne l'anatomie pathologique ».

Plus récemment, Schmidt-Rimpler est venu nous apporter deux cas observés par lui, et chez qui les différentes théories de la genèse pathogénique seraient obligées d'accepter un nouveau genre de production.

Cet auteur a observé un kyste séreux de l'iris, dans un œil qui était le siège de kératites récidivantes, sans qu'il y ait eu perforation de l'œil. D'après lui le mécanisme serait celui-ci. L'ouverture des espaces lymphatiques (décrits par Fuchs et dont nous avons parlé à notre chapitre d'anatomie) aurait été obstruée. Le kyste se serait alors formé par rétention. C'est ici un cas, qui ne serait, ni d'origine traumatique, ni même dû à une malformation congénitale, mais qui se serait créé de lui-même, par suite d'une irritation de voisinage. Nous en donnons même l'observation, où l'on voit comment l'auteur classe ce genre de tumeur. Il l'appelle « kyste idiopathique ».

Ce nom est donné à la catégorie des kystes

dont l'origine est encore inconnue. Peut-être un examen plus attentif de la part de l'auteur aurait-il pu faire rentrer ce cas dans l'une des classes que nous étudions.

A l'appui de la théorie de Schmidt-Rimpler, nous trouvons un cas opéré par le professeur Hirschberg. Il nous est rapporté par Ginsberg qui se basant sur l'examen microscopique de ce cas, en arrive à conclure dans le sens de Schmidt-Rimpler.

Pour lui, les kytes séreux non traumatiques, sont dus à une rétention de la lymphe et sont par conséquent des kystes par rétention.

Kystes Congénitaux

Si nous en arrivons aux kystes congénitaux nous voyons avec quelques preuves à l'appui la possibilité d'admettre cette étiologie comme très naturelle.

Dans notre chapitre d'anatomie nous avons consacré un paragraphe spécial à l'embryologie. Là, nous montrons aussi comment l'iris peut prendre naissance.

Par suite des invaginations spéciales des éléments fœtaux, on peut se rendre compte sans qu'il soit besoin d'en décrire le mécanisme, de la façon dont un bourgeon égaré de l'ectoderme peut se trouver pris dans le tissu irien. Mᵉˡˡᵉ de Rozenweig nous en présente un cas tout à fait caractéristique.

Il s'agissait d'une enfant de 3 mois présentant un kyste depuis la naissance. Le professeur Fuchs fit l'opération et enleva la tumeur avec le tissu irien sous-jacent.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde. L'auteur lui donne comme origine *l'inclusion* d'un bourgeon égaré de l'ectoderme.

Le cas de Clark parait moins affirmatif. Ici, le kyste bien que ne reconnaissant qu'une origine congénitale, est de nature séreuse. Ceci nous éloigne de la nature dermoïde qui pour elle seule semble faire une classification à part.

Il est regrettable que le cas de Mᵉˡˡᵉ von Rozenweig soit unique, cependant il nous paraît suffisant pour en tirer la conclusion qu'un kyste dermoïde congénital est possible.

Kystes perlés

La pathogénie des kystes perlés est, comme nous l'avons dit dans notre chapitre d'Historique, un fait plus établi que celle des autres classes.

Une mise au point, avec expériences et preuves concluantes à l'appui, à été faite par Masse, de Bordeaux en 1885. La rareté de ce genre de kyste est plus grande que pour les autres, aussi nous sommes heureux, d'avoir à en présenter un cas personnel que nous avons étudié tout spécialement.

A notre observation, nous avons ajouté un examen microscopique d'anatomie pathologique fait sous la direction de notre maître M. le Professeur Augier.

L'étiologie des kystes perlés est due, d'après les observations trouvées, à un traumatisme.

Comme nous l'avons dit déjà dans notre chapitre d'historique, c'est à Rothmund et à Masse que nous devons la connaissance la plus parfaite que nous ayons de ces kystes.

La première théorie, donnée par Rothmund, admet déjà l'inclusion de téguments externes.

Le principe de cette théorie est resté. Il se résume en ceci : le kyste perlé est dû à la greffe et par suite à la prolifération d'un tissu épithélial transplanté dans l'iris par un traumatisme. Cet épithélium vient, en général des téguments externes (peau, cils) qui se trouvent au voisinage de l'œil.

Mais jusque-là, rien de précis et d'affirmatif. Monoyer trouve un kyste perlé et s'élevant contre la théorie de Rothmund, il le décrit sous le nom « d'épithéloma perlé de l'iris ». Nous donnons ailleurs son observation. Ce que Monoyer rejette, c'est la possibilité d'une greffe sur le tissu irien, tissu, qui pour lui, ne peut en aucune façon se prêter à la prolifération de cellules épidermiques. Une greffe ne peut, dit-il, prendre que sur une plaie récente ou en voie de bourgeonnement.

Il fait l'examen histologique, et il y trouve les mêmes éléments que nous trouverons pour les kystes perlés. Il s'appuie encore sur le « Manuel d'histologie pathologique » de MM. Cornil et Ranvier qui désignent, dit-il,

l'espèce de tumeur qui l'occupe sous le nom d'épithéliome pavimenteux perlé.

La forme macroscopique même est encore une preuve invoquée pour soutenir sa théorie « Comment Rothmund explique-t-il pourquoi un lambeau d'épithélium conjonctival, greffé sur l'iris, s'y développerait sous forme de kyste, c'est-à-dire poche creuse, tandis qu'une greffe épidermique donnerait naissance dans les mêmes conditions à une tumeur pleine, comme l'épithélioma perlé ? »

Malgré cela, les faits observés plus attentivement, ont détruit toutes ces allégations de Monoyer.

La grande part due au traumatisme, la présence de cils, sont des symptômes suffisants pour qu'on s'y arrête un moment.

Le traumatisme, relevé toujours dans l'étiologie, indique spécialement qu'il est nécessaire dans la production des kystes perlés.

Le genre de trauma plus spécial qu'on rencontre, est celui avec plaie pénétrante de l'extérieur vers les parties profondes.

La fréquente présence de cils formant un

centre à la tumeur est de plus une preuve bien établie.

Ces cils proviennent des parties voisines : les paupières. Mais il est tout aussi plausible d'admettre qu'il n'est pas absolument nécessaire de la présence d'un cil pour déterminer une production kystique.

N'y a-t-il pas autour des paupières, de la joue, d'autres productions épidermiques ? Quelques cellules de l'épiderme peuvent très bien être enlevées par le corps vulnérant et être implantées dans la membrane irienne ; ce peut être enfin, un follicule pileux.

En un mot, cil, follicule pileux, cellule épidermique, peuvent proliférer, car leur mort n'est pas la conséquence fatale et nécessaire après leur arrachement. On voit alors très bien comment le kyste peut se développer.

Le terrain se prête à une telle prolifération, vu le grand nombre de vaisseaux qui parcourt cette membrane. L'humeur aqueuse elle-même augmente la qualité du milieu.

Ceci a conduit différents auteurs à des expériences.

En 1873, Dooremal introduit dans la chambre

antérieure de l'œil de lapins, du papier, du liège, des poils et du tissu vivant. Seuls, les débris du tissu vivant eurent prise de greffe. Des vaisseaux de néo-formation les envahirent et ils firent partie de la vie de l'œil.

L'année suivante, Goldziérer continuant ces mêmes expériences, en arriva à conclure que les vaisseaux de l'iris, envoyant des prolongements aux tissus vivants, ces derniers se greffaient parfaitement. Schweninger, après des expériences identiques, ne put arriver à former de véritables kystes.

Hosch ne fut pas plus heureux, mais il constata cependant une greffe du poil sur l'iris.

Mais en implantant des poils adhérant encore à la peau, il eut des résultats.

Enfin, Masse, par ses travaux sur la question, arriva à des conclusions plus définitives.

A trois lapins, il introduisit dans la chambre antérieure des deux yeux, trois ou quatre cils arrachés avec leur bulbe, mais dépourvus de leurs follicules pileux. Huit mois après, deux de ces lapins avaient encore leurs cils et les supportaient admirablement, (le troisième avait perdu les deux yeux par suite d'une violente inflammation) ; les

cils étaient venus s'accoler au-devant de l'iris, mais sans s'y greffer.

De ces faits, on peut conclure que lorsqu'il se développe une tumeur épithéliale chez un malade ayant des cils dans la chambre antérieure, il est peu probable que ce soit à la greffe seule qu'est dû le développement de ces tumeurs.

Si on introduit de petits lambeaux de peau, comme l'a fait Hosch, lambeaux adhérant au poil, la greffe s'obtient facilement ; les différents éléments qui constituent la peau peuvent proliférer, mais ce sont surtout les éléments épithéliaux qui s'hypertrophient, la greffe cutanée s'unit au tissu de l'iris qui s'irrite à ce point de contact. Et là se forme un tissu demi-mou qui sert à la réunion.

M. Masse a encore obtenu chez des lapins, la greffe de divers éléments épithéliaux, glanduleux et conjonctifs, que des coupes microscopiques pouvaient montrer entièrement unis au stroma de l'iris, et sans qu'il fût nécessaire de blesser préalablement celui-ci.

Enfin, l'auteur explique pour finir la genèse des kystes perlés sans pénétration de téguments venus de l'extérieur.

On sait que la face postérieure de la cornée, la face antérieure de l'iris et du cristallin, possédent des cellules épithéliales. Or un choc peut vraisemblablement détacher quelques unes de ces cellules, les implanter dans l'iris, et y déterminer un kyste perlé.

Il ne faudrait pourtant pas croire que ce genre d'étiologie soit aussi fréquent qu'il peut le paraître au premier abord. Dans notre tableau, nous mentionnons un certain nombre de cas dont l'origine inconnue pourrait faire penser à une absence complète de traumatisme avec plaie externe.

Non, le malade peut fort bien avoir oublié ce fait d'autant plus que le kyste perlé se développe toujours avec une certaine lenteur. On a compté 1 an, 10 ans, et même beaucoup plus avant l'apparition de la tumeur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'aspect macroscopique des kystes de l'iris se présente sous la forme d'une petite tumeur, arrondie, quelque fois à plusieurs lobes. Un pédicule fin leur sert souvent de point d'attache

D'une façon générale nous verrons la paroi, le contenu, et les rapports de la tumeur avec les organes voisins.

Pour la paroi, on peut, suivant les cas et suivant l'époque de son développement, trouver des différences notables; quelquefois elle est blanche, translucide et alors les chirurgiens anglais ont donné aux kystes qu'elle limite le nom de kystes à paroi délicates. C'est ce que l'on rencontre le plus fréquemment. Dans d'autres cas cette membrane, toujours blanchâtre, devient opaque, dure, d'une apparence fibreuse ; M. White-Cooper a trouvé une fois une paroi kystique, dont il

compare la densité et la résistance à celle du cartilage. D'autres fois, la paroi est réellement fibreuse. M. Combessis a constaté la présence d'un plan fibreux, opaque blanchâtre, qui se trouvait immédiatement au dessous de quelques faisceaux musculaires de l'iris, entraînés au-devant de la tumeur.

La composition anatomique de l'enveloppe a été étudiée par M. Bowman, puis par M. Robin; après examen des pièces, ces auteurs ont conclu que les kystes de l'iris n'ont point de membrane propre et que la cavité semble s'être formée le plus souvent par un simple dédoublement du tissu conjonctif de l'iris.

C'est en effet dans ce tissu qui unit les fibres musculaires de l'iris, que les kystes prennent le plus facilement naissance. Quand il existe depuis quelque temps, les parois, d'abord diaphanes, peuvent s'encroûter de fines granulations grises, graisseuses ou pigmentaires.

La membrane d'enveloppe est nécessairement doublée en avant et en arrière par les éléments de l'iris qui lui sont contigus : ce sont l'épithélium de la face antérieure de l'iris, et quelquefois des

faisceaux de fibres radiées ; l'uvée et son épithélium pigmentaire.

Latéralement, les fibres de l'iris sont distendues, et à mesure que le volume du kyste augmente, elles sont chassées de la place qu'elles occupaient, pour venir s'imbriquer les unes sur les autres.

Quand à la forme que les kystes peuvent affecter, elle est variable : les uns sont lenticulaires, d'autres pyriformes ; enfin, ils peuvent occuper tout ou une partie de la chambre antérieure, et alors ils peuvent être bilobés par une bride médiane d'iris, insérée d'une part à cette membrane et de l'autre à la cornée. M. Richard a observé cette particularité. Quant à l'iris, le plus souvent, la tumeur le repousse en arrière ; le contraire se rencontre aussi.

Le contenu peut être ou liquide ou solide, selon la nature du kyste.

Pour le contenu liquide, nous n'en avons trouvé aucune analyse chimique. Seuls ses caractères physiques ont été observés.

On a noté sa couleur et sa fluidité. L'aspect de ce liquide varie d'un cas à l'autre, et les

auteurs pensent que l'ancienneté du kyste pourrait être pour beaucoup dans sa coloration.

Ordinairement, il est complètement incolore, quelquefois légèrement teinté en brun. Il est probablement uniquement composé d'humeur aqueuse.

Le liquide teinté de brun serait-il dû à un exsudat sanguin comme le pense Eversbuch, d'après sa théorie ?

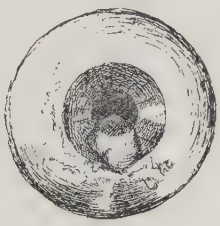
Nous n'avons pu nous assurer de la chose, Eversbuch lui-même ne laisse à ce sujet aucune donnée précise.

Pour les kystes perlés le contenu est différent. On trouve un amas de cellules disposées en couches concentriques comme les squames d'un bulbe d'oignon. Ces cellules sont transparentes, sans noyau à l'intérieur, aplaties, ressemblant aux cellules de la couche cornée de l'épiderme.

Entre ces cellules on rencontre souvent de la graisse et de la cholestérine cristallisée.

C'est ici que nous croyons bon de placer l'examen microscopique que nous devons à M. le professeur Augier, où nous trouverons détaillés les rapports de la tumeur avec les parties avoisinantes.

Avant de commencer l'examen anatomo-pathologique, nous avons cru bon de prendre un dessin de la tumeur vue de la face antérieure de l'œil, que nous reproduisons ci-dessous :



En sectionnant l'œil d'avant en arrière et parallèlement, on constate dans la chambre antérieure une petite masse blanchâtre, opaque, de forme ovoïde, ayant refoulé en avant la cornée, en arrière, l'iris et le cristallin. Elle remplit la chambre antérieure et la distend. La petite masse blanchâtre a un aspect assez homogène. Avec une aiguille on en détache facilement un fragment qui dans l'eau se désagrège en fines particules, formées de lamelles transparentes dont quelques unes sont comme chiffonnées, ayant tout à fait les caractères de fines lames épidermiques ayant subi la transformation cornéenne. Outre ces squames épidermiques on trouve quelques granulations graisseuses et des lames de cholestérine absolument typiques. A ce premier examen on se rend compte que la petite masse incluse dans la chambre antérieure est formée de lames épithéliales.

La portion de l'œil contenant la plus grande partie de la masse blanchâtre, est emprisonnée dans la celloïdine, et ultérieurement débitée en coupes minces. En pratiquant les coupes au microtome, on constate que l'action de l'éther et de l'alcool dissout une grande partie des éléments de la masse contenue dans la chambre antérieure, et que, au lieu d'être compacte elle présente des fragments irréguliers. A un moment donné vers le centre de la tumeur une strie noire, rectiligne, tranche par sa couleur, sur ce qui reste des éléments accumulés dans la chambre antérieure. On peut soupçonner qu'il s'agit d'un poil fortement pigmenté.

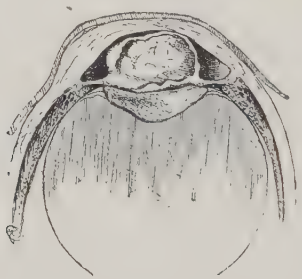


Fig. 2 — Coupe antéro-postérieure de l'œil, dans laquelle se trouve la tumeur.

On examine ensuite l'une des coupes dans une goutte de glycérine. On constate que la strie noire est réellement un poil. Sur les coupes un peu épaisses, elle a la forme d'un bâtonnet arrondi fortement pigmenté, surtout aux parties périphériques. Les extrémités plongent dans une masse épithéliale qui l'entoure de toutes

parts en avant et sur les côtés. Les éléments de voisinage maintenus par la celloïdine sont uniquement constitués par des squames épidermiques, des lamelles transparentes très régulièrement disposées.

Dans la chambre antérieure, sous forme de petits blocs, sont des squames épidermiques, qui se relient par des traînées au bloc principal, voisin du poil.

La chambre antérieure est très agrandie. Le cristallin a été fortement refoulé en arrière. Sa face antérieure est excavée et déprimée en cupule. L'iris a suivi le mouvement de recul du cristallin, l'ouverture irienne est très augmentée, les bords sont très voisins de la périphérie du cristallin. L'iris est très aminci et comme étiré mécaniquement. Les procès ciliaires, surtout d'un côté, sont peu développés et comme tassés. La cristalloïde se voit encore en avant et en arrière. En avant, sur sa face antérieure recouverte de détritus graisseux, et çà et là, de petits amas pigmentaires sans continuité apparente avec l'iris.

Ces petits amas se retrouvent aussi à la face postérieure de la cornée qu'ils tapissent. Ces amas sont plus abondants à mesure qu'on se rapproche de la base de l'iris et des procès ciliaires.

Les lames de la cornée sont fortement tassées, la membrane est amincie. On trouve entre ces lames çà et là des îlots de granulations opaques, étalés et allongés entre les lames cornéennes ; on en trouve même sous l'épithélium cornéen. On constate aussi en faisant varier le point optique que ce sont des coupes de vaisseaux capillaires qui partent du limbe cornéen.

L'épithélium cornéen présente sa stratification habi-

tuelle. Sur aucune des coupes il n'a été possible de constater l'existence d'une membrane propre, limitant le contenu de la tumeur.

Le poil est en position oblique de la base de l'iris, vers le centre de la cornée. La base même n'a pas été examinée, n'offrant aucun rapport avec la tumeur.

A un très fort grossissement (1000 diamètres) le poil apparait plus nettement. On trouve que sa partie centrale se différencie de la partie périphérique. Les cellules stratifiées et pigmentaires y apparaissent nettement.

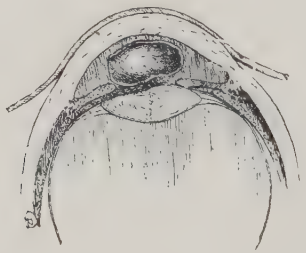


Fig. 3. — Coupe antéro-postérieure de l'œil, faisant vis-à-vis à la figure 2. On voit une dépression dans laquelle se trouvait la tumeur.

A la face postérieure de la cornée, il est impossible de découvrir la membrane de Descemet. On y voit des amas pigmentaires qui n'existent seulement que dans le voisinage d'insertion de l'iris. Ça et là, quelques ilots de la membrane de Descemet.

A un même grossissement, l'examen du cristallin montre que cet organe a subi des modifications.

Les fibres sont encore visibles, mais en arrière et

dans le voisinage des bords, on constate une transformation vasculaire. En plein cristallin, on voit de grands espaces dont quelques uns sont clairs et rappellent l'aspect de vésicules adipeuses, d'autres sont remplis d'un magma granuleux.

En arrière de l'insertion de l'iris, la rétine garde son apparence normale.

En examinant spécialement quelques coupes, on y trouve les mêmes dispositions, et on arrive à constater, que le côté aminci du poil, est venu buter contre la face postérieure de la cornée.

L'extrémité plus large est dans l'axe du gros fragment. La cavité de la chambre antérieure parait énorme. La cornée, fortement bombée en avant, a perdu sa forme. La chambre antérieure, au lieu d'être limitée en avant par la cornée, et la lame de l'iris, parait limitée par une rigole.

Le refoulement du cristallin, est tellement accentué qu'on trouve à son pôle postérieur, une fente d'apparence triangulaire, comme si le cristallin était presque luxé. Le poil parait être greffé dans la chambre antérieure et les cellules de son bulbe ont donné naissance à des cellules qui ont proliféré.

En colorant au picrocarmin l'une des coupes, on trouve que la masse épidermique a pris une teinte, tout comme un épithélium ordinaire, dans certaines parties cette teinte est rougeâtre, dans d'autres jaunâtre.

Quant au poil, il apparait plus nettement sur le fond rosé de la celloïdine.

SYMPTOMATOLOGIE

Généralement, les symptômes apparaissent assez longtemps après le traumatisme, cause déterminante, la plupart du temps, de la tumeur.

En première ligne nous constatons la présence de la tumeur. Ensuite, on trouve parfois chez le malade, de légères poussées inflammatoires. L'accroissement du kyste est en raison directe de ces symptômes d'irritation.

L'œil s'accommode souvent très bien de la présence du kyste, mais parfois aussi, quand la tumeur continue à croître, il peut y avoir intolérance, jusque un certain point.

Alors la tumeur par son envahissement du champ pupillaire est une gêne pour la vision. C'est justement ce qui s'est présenté dans le cas mentionné dans notre observation personnelle.

On constate encore quelquefois des phéno-

mènes de douleurs périorbitaires, de la photophobie, du larmoiement.

Les complications sont le glaucome qui serait dû à la compression excercée par la tumeur adossée à la rigole de Fontana, il s'en suivrait des troubles d'excrétion dans la nutrition de l'œil d'où glaucome, ajoutons que ce phénomène est très rare ; l'irido-choroïdite ; l'ophthalmie sympathique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est facile. Le kyste se présente sous forme d'une petite tumeur, lisse, arrondie, uniforme, quelquefois bi ou multilobée.

L'aspect transparent, ou bien rarement teinté, est le fait des kystes séreux. Les kystes perlés sont, au contraire, d'un blanc brillant, nacré, en un mot, comme le nom l'indique, ils ressemblent à une perle.

On voit à l'éclairage ophthalmologique, une pupille déformée ayant un de ses bords limité par une tumeur bosselée qui lui donne la forme d'un cercle déformé.

L'étiologie, dans la plupart des cas, la marche, la bénignité, les distinguent des sarcomes de l'iris à marche rapide.

Les gommes de l'iris sont plus jaunâtres,

siègent dans les deux yeux, et sont diagnostiqués par le traitement antisyphilitique.

Les tubercules de l'iris coïncident avec une tuberculose dont les lésions se trouvent au poumon, ou en d'autres organes. Leur marche est rapide, ils suppurent très vite, et sont la cause d'un hypopyon et d'une kératite ulcérée.

PRONOSTIC

Les kystes de l'iris, de par leur nature, sont d'une grande bénignité. La plupart du temps les kystes séreux n'augmentent pas de volume.

Lorsque l'extirpation n'est pas complète, ou que la poche est seulement ponctionnée, on a des récidives.

Les kystes perlés sous l'effet d'une irritation quelle qu'elle soit, sont exposés à augmenter de volume, ce qui peut devenir une cause de gène pour la vue, et même de glaucome pour l'œil.

Ils sont doués d'une faible vitalité, car ils sont constitués par des cellules épidermiques, semblables à celles de la couche cornée de l'épiderme.

Ces kystes n'ont aucune tendance à l'ulcération, et sont en général indolores.

Pas de récidive, quand on les extirpe à

temps et complètement. Il faut aussi que pendant ce temps il n'y ait aucun phénomène de poussée inflammatoire, car si l'œil tolère assez facilement ces kystes, il faut veiller à ces ophthalmies qui sont alors une indication formelle à l'extirpation. Lorsque cette opération se fait trop tard, comme nous l'avons montré dans notre observation personnelle, on s'expose à des complications très grandes.

TRAITEMENT

Le traitement doit varier avec la période où se trouve le kyste.

Règle générale, il vaut mieux extirper le kyste le plus tôt possible. Mais avant tout, s'il y a irritation de l'œil, ce qui expose la tumeur à une augmentation, on traite par l'atropine dès le début.

Quel que soit le genre de kyste, l'extirpation doit être complète.

Pour la classe des kystes séreux, la ponction simple, la division de sa paroi antérieure, l'excision de cette paroi, et enfin l'excision du lambeau d'iris, qui porte le kyste par son pédicule quand il en a un, tels sont les procédés mis en usage.

Pour les kystès dermoïdes ou perlés, on pratique une incision à la cornée, au niveau

du siège du kyste, on saisit ce dernier avec des pinces à iridectomie et on l'enlève comme pour les précédents avec le lambeau d'iris qui le porte.

Entièrement enlevé, le kyste ne récidive pas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

que nous devons à l'obligeance de notre Maître M. le professeur DUJARDIN, à Lille

Julia Duf..., âgée de 18 ans, demeurant à M... (Nord), se présente dans le courant du mois de Mars 1899, à la consultation du Dispensaire St-Raphaël à Lille, en se plaignant de ne plus voir qu'imparfaitement de l'œil droit.

L'année précédente, elle s'était blessée avec la pointe de ses ciseaux, mais n'ayant que peu souffert à la suite de cet accident, elle n'avait pas cru devoir consulter et s'était soignée elle-même en lavant son œil avec de l'eau boriquée.

Pendant quelques semaines l'œil resta un peu rouge, larmoyant, sensible à la lumière et un peu à la fois tout rentra dans l'ordre, mais comme la vue restait fort défectueuse la jeune fille se décida enfin à venir consulter un spécialiste à Lille.

En procédant à l'examen de l'œil blessé, on constate à la partie supérieure de la cornée un leucôme linéaire situé exactement sur le limbe. L'iris sûrement enclavé

au moment de l'accident, a disparu partiellement au niveau de la blessure : la pupille est agrandie en haut comme si on avait pratiqué une iridectomie, mais le coleboma est assez irrégulier.

Le champ pupillaire est obstrué en partie par des résidus de cristallin résultant de la résorption incomplète de la cataracte produite par la pointe des ciseaux ; dans son tiers supérieur, la pupille est bien noire, ce qui permet encore un peu de vision ; la jeune fille compte les doigts à une distance d'un mètre au maximum.

La chambre antérieure est effacée partiellement par une tumeur à peu près ronde, de coloration grisâtre, brillante, qui siège sur l'iris, dans sa moitié interne, au voisinage de la plaie cornéenne produite par les ciseaux.

Ce kyste, de la dimension d'une lentille, présente des contours assez nets ; en l'examinant à l'éclairage focal, la poche paraît légèrement transparente.

Le diagnostic n'est pas douteux ; on se trouve en présence d'un kyste perlé, d'origine traumatique étiologie ordinaire de cette variété de kystes de l'iris.

On propose à la jeune fille l'énucléation de son kyste de l'iris, mais elle ne s'y décide pas sur le champ et promet de revenir quand elle aura consulté ses parents.

Six mois plus tard, sous l'effet d'un traitement empirique, l'œil a complètement changé d'aspect, le kyste au lieu de rester stationnaire, comme on pouvait l'espérer, a évolué et pris un développement très considérable.

Il remplit maintenant la chambre antérieure dans sa presque totalité, à peine voit-on encore un peu d'iris au côté interne. La couleur gris perle n'existe plus, la

tumeur est maintenant d'un jaune sale, on dirait qu'elle subit un commencement de dégénérescence graisseuse.

L'œil est devenu intolérant pour le kyste, depuis son accroissement ; on constate de l'infection périkératique et des symptômes non douteux d'irido-cyclite sans exagération marquée à la pression intra oculaire.

Des douleurs péri-orbitraires assez fréquentes tourmentent la malade, mais ce qui l'inquiète surtout c'est de voir trembler parfois son bon œil et de ne plus pouvoir supporter la vive lumière et de se fatiguer à la moindre application. On examine le fond de l'œil : le nerf optique a l'aspect normal, sauf peut-être une légère hyperhémie.

L'extirpation seule du kyste étant devenue inutile nous conseillons à la malade l'ablation totale du globe oculaire devenu inutile, atteint de cécité incurable, douloureux et menaçant pour le congénère, à en juger par les symptômes d'irritation sympathique qui se manifestent depuis quelques temps.

L'opération acceptée sans difficulté est pratiquée le lendemain : l'œil est remis entre les mains de M. le professeur Augier, pour en faire l'analyse microscopique.

OBSERVATION II de W. Cooper

London medecine Journal, septembre 1852, citée par Masse.

En février, un enfant âgé de 9 ans, se frappa violemment l'œil. L'enfant tenait à la main un morceau de laiton.

Aussitôt après, de vives douleurs se manifestent, elles deviennent rapidement insupportables, et il vint réclamer les soins d'un médecin. Tout de suite, on crut que l'affection était due à une éraillure légère, dûe sans doute

à un coup d'ongle. On reconnut ensuite l'existence d'un petit kyste, gros comme une perle. Comme, du reste, cette petite tumeur ne gênait en rien la vision, on crut devoir n'y pas toucher, dans la crainte d'accidents consécutifs à une ponction ou une excision. Cependant, le kyste s'accrut peu à peu, obstrua la pupille, et, au mois de mai, il occasionna une violente inflammation. Les douleurs étaient intolérables, et le volume de l'œil était notablement augmenté. Le 30, on résolut l'opération. La cornée est ponctionnée avec le couteau de Jaeger, la base de la tumeur est saisie avec des pinces fines ; sa dureté est telle que les pinces glissent sans laisser d'empreinte. L'incision de la cornée est augmentée, de fortes pinces sont introduites ; on pratique la rupture de la paroi, qui a la résistance du cartilage. On chercha à couper avec des ciseaux l'attache du kyste au ligament ciliaire qui était au côté interne, on reconnut que le kyste s'était développé prés de la face postérieure de l'iris et était remonté au-devant du cristallin, pour venir faire hernie dans la chambre antérieure par l'orifice pupillaire.

A cause de ses adhérences à l'iris, le kyste ne put être complètement enlevé ; cependant les douleurs cessèrent, la santé redevint bonne et la vue fut améliorée.

C'est deux ans après le traumatisme que l'on vit se développer une tumeur. Elle était d'abord comme une petite graine. Un an après, la tumeur prit le volume d'un pois ; elle était brillante et irisée comme une perle.

Pendant l'extraction de cette tumeur, l'iris fut détaché.

L'examen microscopique fit voir qu'elle était formée de cellules épithéliales si étroitement agglutinées, qu'il fallait la macération pour les séparer.

OBSERVATION III

Annales d'oculistique 1841, tom. V. pages 157-160

Un berger, âgé de 28 ans, battait le briquet dans le mois de janvier 1838, lorsque tout-à-coup, il sentit qu'un corps étranger pénètrait dans son œil. Cet accident fut suivi d'une ophthalmie peu intense qui dura huit jours, il y eut trouble dans la vision ; le traitement fut nul, les accidents inflammatoires se dissipèrent peu à peu, mais la vue ne revint pas dans son état normal.

Dès le lendemain de l'accident, en examinant dans un miroir l'œil affecté, le malade crut y voir un poil. Les médecins qui virent le malade reconnurent l'existence d'un poil, situé dans l'œil, sans qu'ils pussent préciser, s'il était entre les lames de la cornée ou dans la chambre antérieure.

Le malade vint alors consulter M. Pamard (d'Avignon) le 21 mars 1839, quatorze mois après l'accident. L'œil ne présentait pas la plus légère trace d'irritation, les membranes et les humeurs étaient dans leur état normal, on voyait distinctement à la partie inférieure de la chambre antérieure, un corps sphérique, du volume et de la forme d'un pois, dont le segment supérieur atteignait la pupille et empiétait sur elle lorsqu'elle était dilatée ; à ce corps sphérique était attaché un poil qui se dirigeait obliquement en haut et en dedans, et traversait la pupille. L'iris se contractait, mais avec moins de facilité que dans l'autre œil, la vue était incertaine, et les objets paraissaient au malade comme coupés par une large ligne noire ; il n'y avait pas de trace de cicatrice à la cornée.

Le 22 mars. — M. Pamard fit l'opération. Il pratiqua une incision à la cornée et chercha à extraire le corps anormal. Mais comme ce corps adhérait assez fortement à l'iris, M. Pamard excisa les parties adhérentes à l'aide des ciseaux courbes de Daviel le plus près possible du corps étranger, qui finalement fut entrainé par des pinces.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident grave, la cicatrisation marcha avec rapidité. Une petite hernie de l'iris, qui s'était formée dans le point où adhérait le corps extrait, disparut après quelques attouchements avec le nitrate d'argent.

Le 22 Avril. — Le malade retourna dans son pays avec une vue parfaite.

L'examen anatomique de la tumeur extraite montra un corps de forme sphérique, du volume d'un pois, d'une couleur blanche nacrée, de consistance molle, mais pourtant assez résistante ; ce corps avait l'apparence d'un tissu fibreux uni à du tissu cellulaire, il présentait dans le point où il adhérait à l'iris, une tache noire. Il était traversé par un poil qui y adhérait fortement et faisait saillie au dehors de cinq ou six lignes, et qui par ses dimensions, sa forme et sa couleur avait l'aspect d'un cil du malade.

OBSERVATION IV rapportée par Monoyer.

Annales d'oculistique 1872, tom. LXVII, pag. 249.

M. le Dr Monoyer a traité au service ophthalmologique de l'hôpital civil de Strasbourg, un apprenti ferblantier qui avait été blessé un an auparavant, au mois de

septembre 1870, à l'œil, par un rouleau de fer. La plaie de la cornée avait provoqué un écoulement d'humeur aqueuse et avait aboli la vue qui, du reste, revint bientôt après. Il s'y était ajouté des symptômes inflammatoires et de la photophobie.

Dès les premiers jours qui ont suivi l'accident, on avait remarqué sur la cornée de l'œil blessé, une petite tâche blanche.

A cette première tâche blanche s'ajouta quelque temps après une deuxième et encore plus tard une troisième. Comme une de ces tâches s'était accrue rapidement, le malade vint consulter M. Monoyer.

En examinant l'œil, M. Monoyer constata la présence de deux tumeurs, dont l'une d'un blanc brillant, à reflet nacré siégeait derrière la cornée en bas et en dehors. Elle était grosse comme un grain de blé et avait six millimètres de long, sur quatre millimètres de large. Par sa base, cette tumeur adhérait intimement à l'iris dont elle occupait presque toute la portion comprise dans le quadrant inféro-externe, tandis qu'en avant elle proéminait dans la chambre antérieure et arrivait au contact de la face postérieure de la cornée ; un étroit liseré jaunâtre un peu saillant, régnait tout autour de la base d'implantation de la néoplasie.

Une seconde tumeur plus petite, siégeait également sur l'iris à l'opposite de la première, tout près de la circonférence de la cornée ; elle ressemblait à s'y méprendre, pour la couleur et pour la forme à une perle de nacre de la grosseur d'un grain de millet ; 2 millimètres dans tous les sens ; elle était aussi entourée à la base d'un léger bourrelet jaunâtre.

De cette dernière tumeur partait un cil ou poil châtain foncé, visible seulement à l'éclairage focal, tant il était fin, et qui se dirigeait vers le centre de la pupille où il se terminait. Ce cil présentait un mode d'implantation remarquable à l'extrémité adhérente à la tumeur; il traversait celle-ci de part en part dans une étendue d'environ un millimètre, puis à sa sortie, il se recourbait et formait ainsi un crochet dont la pointe était libre et émergeait d'environ un demi-millimètre. Cette disposition prouvait que le poil en question avait été apporté du dehors, et comme, en outre, aucune de ses extrémités ne montrait de renflement bulbaire, on conclut que le cil avait été coupé et non arraché.

La pupille était légèrement déformée ; l'œil gauche était parfaitement sain.

Monoyer enleva avec beaucoup de peine et après de longs efforts la plus grosse des deux tumeurs à l'aide d'une incision linéaire le 11 décembre 1871. La petite tumeur resta en place.

L'opération fut suivie d'une violente inflammation de l'œil qui abolit la vue et aboutit à la phtisie du globe oculaire.

OBSERVATION V par Moch (Thèse) Paris 1899

M. X... âgé de 18 ans, a été atteint en septembre 1897 d'une plaie perforante de la cornée de l'œil gauche par un éclat de fonte. L'iris avait été blessé, et il s'y était produit une iridectomie artificielle. La blessure avait facilement guéri par l'application d'un pansement antiseptique et n'avait pas occasionné de douleurs.

Trois mois après cet accident M. X... a vu se former dans l'intérieur de l'œil qui avait été blessé une petite tumeur. Cette tumeur qui était tout à fait indolore siégeait sur la face supéro-externe de l'iris.

Elle resta longtemps stationnaire. Mais comme depuis quelques mois M. X... avait remarqué qu'elle grossissait et comme en même temps son œil devenait sensible et enflammé, il vint consulter dans le courant du mois d'août 1898.

L'examen de l'œil fait constater une tumeur de couleur blanche, nacrée à la partie supéro-externe de l'iris. Elle est à ce moment grosse comme la moitié d'un pois.

Comme elle continue à grossir, on procède à son ablation vers le milieu du mois de septembre. Après avoir pratiqué l'ouverture de la cornée, juste au niveau où siégeait la tumeur, on saisit celle-ci avec une petite pince et on peut l'extraire en totalité. Son adhérence avec l'iris est tellement lâche, qu'elle s'en détache pour ainsi dire d'elle-même, et qu'on peut facilement l'enlever, sans avoir eu besoin de pratiquer une iridectomie.

Elle paraît renfermer de la matière sébacée. Au bout de cinq jours, le malade quitte le service complètement guéri.

OBSERVATION VI

Publiée par Stœber dans les *Annales d'oculistique*, 1865, citée par Masse (de Bordeaux).

Le 16 Août 1864, un jeune garçon se présenta à la Clinique ophthalmologique, où il déclara qu'il avait eu l'œil droit contusionné par un éclat de bois, environ dix mois auparavant. Une légère irritation qui s'était

manifestée quelques jours après l'accident, avait disparu en peu de temps. Au bout de plusieurs mois, on avait aperçu une petite tache blanche derrière la cornée. Cette tache, augmentant peu à peu, s'était étendue au-devant d'une partie de la pupille ; depuis deux mois, la vue de l'œil malade avait sensiblement baissé, en même temps qu'il s'y était produit un peu d'irritation et une légère photophobie.

L'examen de l'œil malade fit constater dans la chambre antérieure la présence d'une tumeur de la force et des dimensions d'un petit pois légèrement ovalaire.

Cette tumeur était implantée sur la partie externe du bord pupillaire de l'iris, auquel elle était visiblement adhérente ; on voyait même des vaisseaux sanguins passer de l'iris sur la tumeur. Celle-ci s'étendait jusqu'au milieu de la pupille ; de son extrémité partait une ligne brune foncée qui se dirigeait vers le côté opposé de la pupille, où elle paraissait se perdre derrière l'iris. La cornée ne montrait aucune trace de cicatrice.

Stœber enleva, à travers une incision faite à la partie inférieure du bord de la cornée, la tumeur en même temps que la partie de l'iris à laquelle elle adhérait. L'enfant put quitter bientôt le service, la vue complètement rétablie.

La tumeur excisée était constituée par un kyste dont le contenu blanchâtre, grumeleux, était formé de cellules remplies de graisse et de cristaux de cholestérine. La ligne brune qui traversait la pupille était formée par un cil châtain foncé implanté par son bulbe au fond d'un kyste, et dont l'extrémité libre avait été cachée par l'iris.

OBSERVATION VII

Dans son ouvrage « kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris » Masse de Bordeaux rapporte l'observation suivante :

Le 23 juillet 1879, un forgeron est blessé à l'œil par un tournevis qui a fait une plaie perforante à la cornée tout près de son union avec la sclérotique. L'instrument avait produit une iridectomie presque irréprochable dans le segment inférieur de l'iris. Le lambeau d'iris arraché flottait au niveau de la plaie cornéenne. Il y avait un épanchement de sang dans la chambre antérieure. L'excision du lambeau de l'iris hernié fut refusée. Une inflammation assez vive de l'œil céda à un traitement antiphlogistique.

Le lambeau d'iris hernié se sphacéla et tomba le neuvième jour après l'accident. La vue de l'œil blessé qui avait été perdue revint progressivement.

En examinant l'iris attentivement Masse vit que plusieurs cils s'étaient introduits dans l'œil au moment de l'accident, Masse cessa de voir le malade pendant quatre mois.

Quand il revint en novembre 1879, il s'était aperçu de la présence de deux petits points blancs sur l'iris. Masse diagnostiqua sans peine l'existence de deux petites tumeurs perlées en voie de développement. Elles étaient à peine grosses comme des têtes de très petites épingles et tranchaient par leur couleur nacrée sur la couleur bleue de l'iris. L'une d'entre elles se développait près du bulbe d'un cil situé près du centre de l'iris ; l'autre était placée en haut et en dehors, près de la périphérie du

diaphragme irien; elle se développait près du bulbe d'un autre cil qui s'était logé dans cette région.

Le malade revint au mois de mars 1888 ; l'une de ces tumeurs, celle qui était située près du centre de l'iris s'était accrue considérablement, elle paraissait grosse comme un petit pois ; l'autre était restée stationnaire.

Pour obvier aux poussées inflammatoires qui se produisaient de temps en temps, Masse proposa d'enlever en même temps les cils et les tumeurs de l'iris. Le malade refusa.

De nouvelles poussées inflammatoires qui étaient survenues quelque temps après cessèrent peu à peu, en même temps que la plus grosse des deux tumeurs s'arrêta dans son développement.

En examinant de nouveau le malade, Masse découvrit une troisième tumeur développée également près d'un cil.

OBSERVATION VIII, par Else Milde von Rosenzweig

Un Cas de Kyste Séreux Congénital de l'Iris (*Ein Fall von congenitaler seröser Iriscyste*).

Beitraege zur Augenh., 1894, fas. XIV, p. 34 43.

Une enfant de 3 mois eut un kyste qui siègeait sur le secteur infero-externe de l'iris de l'œil gauche. Il fut enlevé avec le tissu irien sous-jacent, par le Professeur Fuschs.

Microscopiquement, l'auteur constata que le kyste était situé dans le stroma même de l'iris qu'il avait

séparé en deux lamelles. Sa paroi était revêtue tout autour d'un épithélium pavimenteux stratifié.

M^elle^ de Rosenzweig dit qu'il s'agit là d'un kyste dermoïde, ayant comme point de départ un bourgeon égaré de l'ectoderme.

OBSERVATION IX, de M. Guépin

(*Ann. d'oculistique t. 44. 1860*)

J.-B L..., âgé de 32 ans, d'une bonne constitution, employé au chemin de fer, demeurant à Montmartre, a toujours été d'une bonne santé. A 29 ans, il fut atteint d'une cataracte monoculaire gauche, qui se produisit peu à peu sans douleur de tête, sans rougeur de l'œil. Il fut opéré par broiement, le 27 Avril 1859, à la Maison municipale de santé. Quelques jours après, des accidents inflammatoires se manifestèrent ; le malade perdit la vue qu'il avait recouvrée. Il se présenta chez M. Desmarres, qui lui proposa une nouvelle opération ; elle fut acceptée et pratiquée le 19 Novembre. A cette époque, il offre une pupille ronde dans ses deux tiers supérieurs et internes ; la partie inférieure externe de l'iris est envahie par une tumeur bilobée, ou mieux, par deux tumeurs qui semblent prendre naissance dans le tissu iridien, et qu'on peut comparer à deux lentilles légèrement imbriquées.

Au dessus de la plus externe, s'en trouve une troisième qui comprend entre elle et la dernière un segment d'iris sain. Elle a la forme d'un œuf par sa partie centrale, et s'accole à la tumeur externe inférieure, si bien que le petit cercle de l'iris, en cet endroit, est complètement

caché, et ces trois extrémités viennent se dessiner sur une fausse membrane, qui occupe la pupille dans son tiers inférieur interne. Ces deux premières tumeurs, que nous venons de décrire, sont rouge-brun, contiennent un liquide, et l'éclairage oblique permet d'y constater les deux parois d'un kyste. Dans la troisième, le tissu iridien a conservé en partie sa couleur ; l'extrémité pupillaire a un reflet semblable à celui qui a été signalé pour les deux premières.

Enfin, à la partie supérieure se trouve une nouvelle tumeur moins accentuée que la troisième, et séparée de cette dernière par un sillon profond, un peu incliné sur le diamètre horizontal de l'iris. Cette tumeur ne s'étend pas à toute la largeur de l'iris, elle s'arrête aux deux tiers de son bord excentrique. Le reste de l'iris est sain. Une ponction fut pratiquée à la partie inférieure externe, avec le couteau lancéolaire. Cette ponction comprenait la surface de la tumeur bilobée. Immédiatement, cette tumeur vint faire hernie ; elle fut saisie avec des pinces et entraînée au dehors ; mais par suite des adhérences de l'iris et de la fausse membrane pupillaire, l'iris fut décollé à sa partie supérieure et interne ; les tumeurs et la fausse membrane furent amenées au dehors et excisées. Le lendemain, la réunion était faite ; une légère hémorragie s'était produite dans la chambre antérieure. Quelques jours après, le malade allait très bien, la vision était rétablie, et le malade crut devoir cesser ses visites à la clinique.

Analyse anatomique par M. Ch. Robin. — En râclant aussi bien que possible la face interne de la cavité, on n'obtient pas d'épithélium, mais seulement une

matière grisâtre, composée de fines granulations de même couleur, de granulations graisseuses, et d'un plus petit nombre de granulations pigmentaires. La paroi est formée par le tissu de l'iris, qui semble dédoublé pour former une cavité ; du reste, aucune autre production anormale.

Au fragment d'iris adhérait une parcelle de la capsule du cristallin, à la partie antérieure de laquelle se trouvait appliquée une couche épaisse de tissu fibreux, semblable à celui des cataractes pseudo-membraneuses.

OBSERVATION X par J. Wulke

(p. 12-17)

Un petit garçon, âgé de 5 ans se piqua l'œil avec une fourchette. Sa mère pensa qu'il n'en était résulté aucun trouble de la vue. Pendant près de deux ans, il n'en survint rien, puis l'œil devint rouge et sensible, et l'on reconnut alors qu'il pouvait à peine voir. L'autre œil devint bientôt irritable, et trois mois environ après l'apparition de ces symptômes, le 9 Janvier 1867, la mère vint consulter à Moorfields.

Il existait dans la chambre antérieure un kyste pressé entre l'iris et la cornée. Ce kyste était ovale et aplati ; son extrémité la plus volumineuse correspondait à une petite cicatrice peu apparente, située au bord temporal de la cornée, la plus petite pendant en partie au devant de la pupille, qui était contractée et circulaire. Vers la circonférence de la chambre antérieure, l'iris s'écartait de la cornée, de chaque côté du kyste, comme s'il était refoulé en arrière par la tumeur. Le kyste était si trans-

parent qu'on apercevait à travers sa paroi antérieure deux petites tâches noires situées sur sa paroi postérieure dans le plan de l'iris ; et des bords de ces deux tâches, qui ne pouvaient être que le stratum uvéal de l'iris, on voyait partir des fibres délicates qui, se recourbant en arc, venaient se rendre au devant du kyste. Ces fibres appartiennent évidemment à la couche musculaire de l'iris. Entre les tâches noires et la pupille, on apercevait distinctement, à travers l'une et l'autre partie du kyste, l'iris qui, dans ce point, était dans un état d'intégrité parfaite. Ces données établissent deux points : d'abord que le kyste avait pris naissance entre les couches uvéale et musculaire de l'iris, ensuite qu'il n'était point continu avec toute la portion d'iris qu'il recouvrait mais qu'il n'adhérait à celui-ci que dans un point limité des tâches noires. L'acuité de la vision de cet œil était beaucoup moindre que ne permettrait de le supposer l'iritis qui existait et l'obstruction de la pupille par le kyste : la raison de ce phénomène n'apparut pas immédiatement.

L'inflammation provoquée par l'accroissement du kyste exigeait un soulagement immédiat. On pouvait hésiter entre une simple ponction et l'incision ou plutôt l'extraction avec l'excision d'une portion de l'iris, comme dans l'iridectomie. L'expérience ayant démontré qu'à la suite de la ponction, le liquide se reproduit presque immédiatement, je me décidai en faveur de l'excision : je savais cependant que le mal avait assez fréquemment reparu à la suite de ce mode d'opérer, mais on pouvait attribuer cela à ce que l'extirpation avait été incomplète ; mais dans le cas présent, l'adhérence à l'iris était si peu

étendue que j'étais en droit d'espérer que je réussirais à enlever tout le mal sans laisser aucun germe de reproduction.

Je pratiquai, à l'aide d'une aiguille, à une demie ligne environ en arrière du bord de la cornée, une incision un peu plus longue que la largeur du kyste. En pénétrant dans la chambre antérieure, je ponctionnai naturellement le kyste, mais il ne s'affaissa pas et le flot d'humeur aqueuse qui suivit le retrait de l'aiguille l'amena au-dehors à travers les lèvres de la plaie, sous la forme d'une vésicule transparente ; il fut alors facile de le saisir avec des pinces et de l'arracher.

La plaie se réunit par première intention, l'iritis et l'irritation sympathiques de l'autre œil disparurent ; mais comme le temps était très froid, je conservai l'opéré à l'hopital pour l'observer pendant plusieurs jours.

Une semaine après l'opération, je dilatai la pupille avec l'atropine, je trouvai un anneau d'un blanc opaque, formé par la capsule, le cristallin manquait. Il avait sans aucun doute été piqué par la fourchette et s'était résorbé, mais la vision étant parfaite dans l'autre œil, on ne s'était aperçu de rien. La cause de la diminution de l'acuité de la vision était maintenant bien connue.

Le 22 Mai je revois l'opéré, il ne reste d'autre trace de la maladie que la tâche noire de l'uvée sur l'iris.

Examiné au microscope, le kyste est constitué par une membrane délicate, homogène, sa surface externe est recouverte par un faisceau de fibres, identiques à celles qui constituent le tissu contractile de l'iris ; sa surface interne est tapissée par une couche de cellules épithéliales pavimenteuses de dimensions variables.

OBSERVATION XI, par Schmidt-Rimpler (Marbourg).

L'Origine des Kystes iriens séreux (*Zur Entstehung der serösen Iriscysten*). — (A. v. Graefe's Arch., t. XXXV, N° 1, p. 147).

Schmidt-Rimpler vit se développer un kyste dans la partie inférieure de l'iris d'une malade âgée de 46 ans, sans qu'aucun traumatisme l'ait précédé. Il observa la malade pendant trois ans. D'abord, il ne constata qu'un petit point noir, non proéminent, à l'entour duquel le tissu de l'iris s'était un peu gonflé. Trois mois plus tard, un kyste de l'iris se présenta au même endroit. Il s'agrandit au bout d'une année, de façon à avoir une étendue verticale de cinq millimètres, horizontale de sept millimètres. Il touchait à la cornée, troublée intensivement dans sa partie inférieure. Tension normale, Ac. vis. = doigts à 1,5 mètres de distance.

L'auteur chercha d'abord à exciser le kyste sans lésion de la paroi, mais il ne réussit qu'à saisir une partie du kyste et un morceau de l'iris voisin. Le kyste se reformait successivement ; plus tard, une cataracte survenait. L'opération fut répétée avec succès complet, cinq mois après la première ; cinq mois après, l'opération de la cataracte fut pratiquée. La vision monte maintenant

L'examen microscopique révéla que le kyste s'était formé dans le tissu même de l'iris, qui s'était divisé en deux feuillets. La surface interne du kyste était couverte de plusieurs couches d'endothélium. Le pigment de la couche pigmentaire de l'iris faisait défaut, probablement par suite de la pression exercée par le kyste.

L'auteur est convaincu que le kyste idiopathique avait pris son origine d'une occlusion d'un des récessus de la

surface antérieure de l'iris, démontrés dernièrement par Fuchs, récessus qui s'enfoncent dans l'iris presque jusqu'aux vaisseaux de cette membrane et à travers lesquels on voit se faire la sécrétion de l'humeur aqueuse, après l'injection de fluorescéine.

A l'aide de la loupe binoculaire, l'auteur a souvent vu à l'état normal que des trabécules, et même des membranes très minces, s'étendent par-dessus lesdits récessus. Il n'y a donc rien de surprenant qu'à l'état pathologique ces trabécules ou ces membranes, en s'épaississant, puissent amener une occlusion complète des récessus.

Voilà l'origine du kyste sans traumatisme, non dévoilée jusqu'ici. Le récessus, ayant possédé au premier abord une couverture endothéliale, l'origine de la couche endothéliale de la surface interne de la paroi du kyste n'est plus douteuse.

OBSERVATION XII, par le Docteur L. Leplat

(*Société Médicale-Chirurgicale de Liège. — Bulletin de la Séance ordinaire du Jeudi 2 Janvier* 1896).

Une petite fille âgée de 10 ans a été soignée il y a deux ans, pour une conjonctivite lymphatique. Quand je la vis pour la première fois, je constatai sur la cornée de l'œil gauche, une infiltration purulente située en haut et en dehors, tout près du limbe, arrondie de deux millimètres environ de diamètre, pénétrant très profondément dans le parenchyme cornéen. En même temps, existait une exsudation fibrineuse accolée à la face postérieure de la cornée. L'œil droit portait dans la moitié inférieure de

la cornée, une infiltration plus étendue et plus superficielle, et renfermait un hypopyon. Convaincu de la malignité de l'affection, je cautérisai immédiatement au thermo-cautère le bord supérieur de l'infiltration de la cornée droite, dans le but d'en arrêter les progrès et de protéger le champ pupillaire cornéen. En même temps, je cautérisai l'infiltration de la cornée gauche, mais son plancher était si mince que je perforai la cornée — accident qu'on devait d'ailleurs prévoir.

L'exsudation fibrineuse contenue dans la chambre antérieure fut évacuée avec l'humeur aqueuse et l'iris s'enclava dans la plaie. L'indocilité de la petite malade ne me permit pas de faire l'excision systématique de l'iris engagé dans la plaie. La guérison se fit rapidement et l'œil conserva une synĕchie antérieure, située en haut et en dehors, immédiatement contre le limbe.

Hier, on m'a ramené cette petite fille, parce que, depuis quinze jours, elle a l'œil gauche rouge et la vue plus faible. Vous constatez l'existence d'une injection ciliaire peu accusée. La cornée est normale. Dans la chambre antérieure se voit un kyste de forme assez arrondie, situé entre la cornée et l'iris qu'il repousse en arrière. Son bord supérieur et externe se perd derrière le limbe cornéen et la cicatrice où l'iris est enfermé.

Cette cicatrice est devenue extrêmement mince et tout-à-fait transparente. Son bord inférieur descend jusqu'à l'union du quart inférieur aux trois quarts supérieurs de la pupille. En dedans, le kyste dépasse le bord interne de la pupille. Le contenu de la poche est limpide et permet de voir assez nettement le dessin de l'iris au travers, la paroi de la poche a une teinte légèrement

grisâtre, pas de poil dans la chambre antérieure. Il s'agit donc d'un kyste séreux de l'iris dont le point d'origine est la cicatrice cornéenne.

L'opération a été faite le 7 Février. Une incision à la pique fut faite parallèlement au bord de la cornée. Quand on retira l'instrument, il s'écoula un liquide qui parut un peu filant, le kyste s'affaissa, et l'on put exciser sa paroi et un fragment d'iris qui se présentait dans la plaie. La guérison s'est faite sans encombre.

L'examen des portions excisées fit voir que la paroi du kyste était constituée par du stroma irien, c'est-à-dire un réseau de fibrilles conjonctives dans lequel étaient éparses quelques cellules pigmentaires étoilées, le tout tapissé par un bel épithélium pavimenteux simple, rappelant celui de la cristalloïde antérieure.

OBSERVATION XIII

PAR M. ALLIN CHARLES (NEW-YORK)

Kyste de l'iris, à paroi antérieure formée par la membrane de Zinn, guéri par une opération. (p. 58).

Le kyste observé par l'orateur s'était développé sous le prolongement irien de la membrane de Descemet, c'est-à-dire entre la membrane de Zinn et la face antérieure de l'iris. Ce cas démontre donc l'existence de la membrane de Zinn, que quelques anatomistes persistent encore à mettre en doute. Le kyste était divisé en deux lobes par un étranglement. Il s'était formé à la suite d'une plaie pénétrante de la cornée. La malade âgée de onze ans, avait été blessée à l'œil gauche par un éclat de bois et avait été tenue en traitement à l'hôpital

pendant trois mois. Quatre ans après, les médecins qui la visitèrent ne purent s'accorder sur le traitement de la double tumeur qui s'était développée à la surface de l'iris; les uns conseillant de ne pas y toucher, les autres se prononcèrent pour l'extirpation de l'œil.

L'orateur proposa alors d'employer un autre procédé opératoire qu'il exécuta de la manière suivante. Il pénétra à l'aide d'un couteau lancéolaire à travers le bord scléro-cornéal jusque dans le lobe correspondant du kyste. Il s'en échappa un liquide clair et aqueux, ce qui produisit aussi l'affaissement du second lobe; ce fait prouve qu'il y avait correspondance entre les deux portions du kyste. L'incision fut alors prolongée de haut en bas le long du bord de la cornée, au moyen de ciseaux. Ensuite la paroi antérieure du kyste fut saisie fortement à l'aide de la pince à iris, à travers la plaie de la cornée et retranchée d'un coup de ciseaux. La guérison s'effectua sans entrave.

OBSERVATION XIV, par M. Adolphe Richard

(Gazette Hebdomadaire I. p. 1082

Un jeune homme de vingt-six ans, épicier, nommé Pfaff, occupe, depuis le 1er Avril, le N° 29 de la salle Saint-François, à l'hopital Saint-Antoine. Sa vue est excellente à droite, mais depuis trois mois, elle est abolie du côté gauche. Déjà avant cette époque, l'œil gauche était très faible. Blessé par un instrument tranchant dans sa toute première enfance, il n'eût pour ainsi dire pas conscience, jusqu'à l'âge de vingt deux ans de l'infirmité qui en fut la suite. Mais il y a quatre années environ, il

souffrit un peu dans l'œil gauche ; la lumière lui était pénible par intervalles, l'œil rougissait souvent. Ces symptômes s'accrurent dans ces derniers temps ; la lumière du gaz, en particulier, lui devint, le soir, presque insupportable et c'est au milieu de cette gêne croissante que, vers le commencement de cette année 1854, habitué dès lors à interroger la faculté visuelle de l'organe malade, il reconnut un jour que celle-ci était entièrement abolie.

Jusque-là, il avait négligé tout soin médical : alors d'après certains conseils, il employa des collyres qui n'amenèrent aucun changement favorable. Enfin il se présenta à la consultation des yeux, au Bureau central et je le fis entrer dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine.

Voici quel était l'état de l'œil malade :

La cornée offre en haut et en dedans une cicatrice blanche, linéaire, plate. Derrière elle, toute la moitié supérieure de la chambre oculaire, au lieu de laisser voir l'iris, est occupée par une tumeur. Celle-ci, limitée en haut par la circonférence cornéenne elle-même, a un bord inférieur libre régulièrement bilobé. De là, résulte sur ce bord un angle ou échancrure dont la pointe est attachée à la cicatrice de la cornée, et dont la flèche ou bissectrice est marquée par une ligne noire : c'est la pupille et ses deux lèvres appliquées interceptent l'accès de la lumière. La tumeur est lisse à sa face superficielle qui touche la cornée, en regardant obliquement le bord échancré, on voit que la face profonde ne dépasse pas l'iris. Sa couleur est bleuâtre, opaline, et de son aspect on conclut qu'elle doit être formée par un liquide em-

prisonné dans une poche très fine. J'ai dit que la tumeur ne chasse pas l'iris en arrière ; mais elle est réellement intra-irienne, comme le prouvent quelques fibres dissociées de l'iris qu'on aperçoit çà et là couvrant le kyste. Le globe oculaire offre son volume normal. Sous la conjonctive, une vascularisation profonde se dessine dans tout le grand angle et aboutit à un cercle carminé péricornéal. Ce signe est en rapport avec une certaine tension douloureuse qu'accuse le malade, surtout sous l'action d'une lumière vive.

OBSERVATION XV

Grinsberg Centralbl. f. p. Augenh. nop. 1895. p. 332

Grinsberg a observé à la clinique de Hirschberg, le cas d'un enfant de 5 ans qui présentait, depuis la naissance, un petit point de la grosseur d'une tête d'épingle sur l'iris de l'œil gauche.

Ce point augmenta progressivement de dimensions, au point d'atteindre en quelques semaines, le volume d'un pois. C'était un kyste qui siègeait du côté nasal et atteignait la face postérieure de la cornée.

L'œil ne fut pas irrité. On pratiqua l'excision du kyste. L'examen histologique montra que la paroi de celui-ci était recouverte d'une couche simple d'endothélium. La paroi antérieure est mince et le straume est constitué par le tissu irien distendu.

Grinsberg admet l'interprétation de Schmidt-Rimpler sur la genèse de ces kystes séreux, lesquels seraient des kystes par rétention, causés par la dilatation d'un lymphatique.

OBSERVATION XVI, par Eales A. Sinclair

Trans. ophth. Soc. 1896.

Un peintre, âgé de 47 ans, se présenta racontant avoir reçu 7 ou 8 ans auparavant de la chaux vive dans l'œil gauche. La vision de cet œil avait beaucoup souffert, et depuis 15 jours, il ne percevait plus la lumière. A l'examen on reconnut que cet œil était atteint de glaucome absolu. On y voyait aussi un ectropion notable de l'uvée, qui s'étendait sur presque la moitié de la surface antérieure de l'iris, tout autour de la pupille. Dans la partie supérieure et externe du champ pupillaire, on voyait deux petites boules brunâtres provenant de derrière l'iris et oscillant avec chaque mouvement de l'œil. L'œil fut excisé, et on y trouva les caractères habituels du glaucome. Les kystes étaient formés par la division et la distension de la couche pigmentaire de l'iris. Ils renfermaient de l'albumine coagulée et une petite quantité de pigment libre.

Le diagnostic clinique de détachement kystique de la couche uveale pigmentaire de l'iris a été pleinement confirmé par l'examen microscopique. Autant qu'on sache, c'est la première fois qu'un détachement kystique de la couche uvéale a été reconnu in vivo. Il existe toutefois dans la littérature quelques observations qui se rapportent probablement à cette espèce de tumeurs, et qui insistent sur ce fait, que les mouvements ondulatoires des parois du kyste purent constituer un signe de démarcation entre cette affection et les sarcomes pédiculés de l'iris.

SOURCES	ÉTIOLOGIE	DESCRIPTION	NATURE	TRAITEMENT. OBSERVATIONS
Tyrrells.on the Eye. vol.1. p. 388. London.	Traumatisme par écharde de fer.	Petit kyste acquérant la grandeur et la dimension d'un petit pois. La surface est d'un blanc brillant ressemblant à un tissu tendineux délicat.	Kyste perlé.	Pas d'opération. Le sujet n'a pas conservé une vision utile.
id.	Œil frappé par du blé barbu.	Petit kyste arrondi du volume d'un petit pois. Il reluisait comme un tendon.	Kyste perlé.	Incision, le kyste est amené au dehors. Opération suivie d'une violente iritis.
Wharton, Jones. Lancet.	Coup de fourchette perforant la cornée.	Kyste délicat faisant saillie de la chambre postérieure dans l'antérieure.	Kyste séreux contenant un liquide transparent.	Ponctionné.
Dixon. Ann. d'oculistique, t. 37, p. 141.	Piqûre avec une fourchette.	Kyste.	Kyste séreux.	Ponctionné 4 fois. il repullule toujours et menace l'œil.
Guépin. Ann. d'oculist. t. 44, 1860.	Dicision d'une cataracte.	Kyste volumineux, brun rougeâtre, bilobé.	Kyste séreux.	Ponctionné et la tumeur vient faire hernie au dehors où on l'enleva
id.	Plaie pénétrante de la cornée et hernie de l'iris.	Tumeur bleuâtre, bilobée.	Kyste séreux	Enlevé par arrachement.
Bosteels. Ann. d'oculist.t.52,p. 175	Absence de toute blessure antérieure.	Tumeur arrondie, brun opaque. Elle est développée dans la couche musculaire de l'iris	Kyste séreux.	La tumeur attirée au dehors étant très friable, elle fut déchirée en morceaux.

Prof. von Graefe A f. O. Bd. XII, Abth 2,p. 228.	Inconnue.	Vésicule jaunâtre arrondie, assez transparente pour qu'on puisse éclairer son contenu clair.	Kyste séreux.	tapissant l'intérieur.
id.	Inconnue.	Avait refoulé en arrière le cristallin qui était revêtu des débris du pigment de l'uvée.	Kyste séreux.	On ne fit rien.
id.	Extraction de cataracte.	Remplissait la plus grande partie de la chambre antérieure.	?	On ne tenta rien.
Ch. Wordsworth. Ann d'occulistique t. 72.	Coup de flèche.	Vésicule globuleuse transparente.	Kyste séreux.	Opéré. On arrache autant qu'on peut. Guéri en quatre jours.
Mackenzie, 4e édit. p. 704.	Traumatisme.	Petite vésicule à la partie inférieure de l'iris.	Kyste séreux.	Ce kyste fut opéré par Mackenzie. A la 3e ponction, le kyste disparut.
Turner, Monthly Journal of. Méd. science vol. 1, p. 270.		Sac demi-membraneux transparent.	Kyste séreux liquide légèrement bourbeux avec un sédiment jaune.	Opération qui présenta des difficultés relatives à la consistance.
Combessis. Gaz. Heb 1855.	Œil frappé d'une feuille d'acier.	Tumeur enchassée comme une perle dans l'iris.	Kyste perlé.	Nul.
White-Cooper. London-Journal of. Méd sept. 1852.	Coup effleurant la rétine.	D'abord comme une semence de perle. Ensuite volume d'un pois brillant.	Kyste perlé.	Arraché par morceaux.
id	Œil heurté contre un coffre.	Kyste remplissant la moitié interne de la chambre antérieure, demi transparent.	Kyste séreux.	Ponction. Il se remplit après six semaines. Nouvelle ponction et arrachement.

SOURCES	ÉTIOLOGIE	DESCRIPTION	NATURE	TRAITEMENT, OBSERVATIONS
Stœber.Gaz. hebd. t. 2, p. 55.	Coup violent.	Tumeur transparente.On voit au devant du kyste quelques fibres de l'iris.	Kyste séreux, contient un liquide transparent	Déchiré avec une pince. Récidive.
Richard.Gaz. hebd. t. 1. p. 1882.	Plaie pénétrante 20 ans auparavant.	Kyste bilobé d'un bleu opalin.	Masse gélatineuse, molle et infiltrée d'un sucglutineux	On déchire le kyste.
Haynes Walton,Médical Times,Août 5. 1854, p. 139	Coup de ciseaux. Vision perdue.	Kyste semi-opaque.	Kyste séreux. Liquide gélatineux.	Ponctionné. Puis inflammation qui nécessite une incision large
Allin Charles.(New-York)	Plaie pénétrante de la cornée.	Kyste divisé en deux lobes par un étranglement.	Kyste séreux. Liquide clair et aqueux.	Extirpation. Il y avait communication entre les deux lobes.
Knapp (New-York) Kystes de l'iris p. 64.	Traumatisme.	Unilobulaire.	Contenu séreux.	A nécessité plusieurs opérations.
Simrock(New-York)	Blessure cinq ans auparavant avec des ciseaux.	Vésicule sphérique de la grosseur d'un pois.	Kyste séreux.	Récidive après une 1re opération et après une seconde, il se reforme mais pas plus gros qu'une tête d'épingle.
Wecker (Paris) p. 122-126.	Coup de couteau, 24 ans auparavant.	Cicatrice encore visible. Kyste gris blanc.	Contenu : humeur aqueuse.	

Feuer (Wien. med-Presse 1875 XVI. 8 et 9)	2 cas. Pas de traumatisme.		Kyste séreux.	Ils sont dûs exclusivement à la division du tissu de l'iris en deux couches.
Georges Strawbridge (Transactions of the American ophthalmolagical Society 1876-1878	Cause inconnue. On aperçoit au bord inferieur de la cornée une petite cicatrice.	Kyste de sept millimètres sur six. Remonte à une année.	?	Extrait. L'auteur ne parle pas de ponction ni du contenu.
Stölting : du mode de production des Kystes de l'iris p. 99-118	2 cas de kyste par traumatisme.	Forme ordinaire de ces tumeurs.	Kyste séreux.	Opération et examen qui font dire à l'auteur que la cause est due à la pénétration de l'épithélium cornéen.
Gayet (Soc. Franc. d'ophth, p. 13. 1883).	Traumatisme de la cornée, donnant un staphylôme irien.	Petite vésicule rose et vascularisée. Unie au globe par un pédicule.	Kyste séreux.	Au lieu d'évoluer dans la chambre antérieure il se dégageait à travers la cornée. Excision sur le pédicule.
Saint Martin. Bulletin des quinze vingt n° 2 p. 83, avril 1884.	Traumatisme par éclat de fer.	Kyste de la dimension d'une lentille. Poche transparente.	Contient un liquide opalin.	Ponction, récidive en huit jours. Exurpation. Guérison.
Rothmund p. 189-223.	Traumatisme.	Forme ovale. Huit millimètres sur cinq. Blanc lisse un peu nacré.	Kyste perlé contenant des cellules épidermiques.	Paroi kystique formée de tissu cellulaire lâche. Tapissée d'épithélium et contenant quelques fibres de l'iris.
Mackinlay (Trans. Oph. Soc) vol XIV	Inflammation de l'œil, 4 ans auparavant.	Forme irrégulière. Paroi antérieure à aspect membraneux.	?	

SOURCES	ETIOLOGIE	DESCRIPTION	NATURE	TRAITEMENT, OBSERVATIONS
Frost. (Ophth. Soc. 5 Juin 1884.	Traumatisme vingt ans auparavant.	Kyste en contact avec la cornée et le cristallin.	Kyste séreux.	
A. H. Benson. ophth. soc. 2 mai 1889.	Une balle d'avoine avait pénétré dans l'œil du malade.	Kyste transparent qui remplit les 3/4 de la chambre antérieure.	Kyste séreux.	Extirpation suivie de l'opacification temporaire de la partie de la cornée, avec qui le kyste fut en contact.
Schmidt -- Rimpler (Marbourg) A. V. Graefe's Arch. t. XXXV n. 1 p. 147	Kératites récidivantes (d'après l'auteur.)	Kyste transparent	Kyste séreux par rétention.	S. Rimpler croit que le kyste est formé par l'obstruction des espaces lymphatiques de Fuchs.
Despagnet (Bull. de la Soc. d'ophth. de Paris, t v. 3, p. 154).	Deux cas, l'un survenu 2 ans après l'opération de la cataracte, l'autre après traumatisme par éclat de verre.	Kystes à aspect ordinaire.	1er Kyste séreux. 2e Kyste perlé.	1er cas : récidive. 2e cas : opéré.
Eversbusch. (Klin. Monalsbl. dic. 1893 p. 409)	Perforation de la cornée et prolapsus irien, excite et laissant une synéchie.	18 mois aprés, non pas au siège de la synéchie, kyste.	Kyste séreux.	Le kyste se rompt spontanément sous l'effet d'instillations de physostigmine et se reforma plus tard. Opération. Guérison
Clark. (d'Ohio).	Congénital, enfant de 22 mois.	Gros kyste séreux, remplissant les 2/3 inférieurs de la chambre antérieure, déplace le cristallin et se prolonge dans le corps vitré.	Kyste séreux.	

id.	Pas de traumatisme		Kyste séreux.	Opération.
Else Milde von Rozenzweig (Beitraege zur Augenh p. 894 fasc. XIV. p. 33-43.	Congénital enfant de 3 mois.	Se trouve dans le stroma même de l'iris qu'il a divisé en deux lamelles.	Dermoide.	Opération.
Ginsberg centralbl. f. o. Augenh. nov. 875. p. 332.	Par rétention.		Kyste séreux.	Opération.
Leplat (Annales de la société. Méd chir. de Liège. 1896.	Congénital, produit par le plissement qu'à subi l'iris pour constituer la chambre antérieure.	L'enfant agée de dix ans avait depuis deux ans une synéchie antérieure, Il s'est développé un kyste arrondi entre la cornée et l'iris refoulé.	Kyste séreux. Contenu limpide, un peu filant.	Excision partielle. Guérison.
Hausell. Philadelphia, Polyclinie, 11 janvier 1896.	Blessure par un épi de blé.	Aspect blanc, étincelant comme une perle.	Kyste perlé.	Opération. Bon résultat.
id.	Tumeur pigmentée de l'iris.	Après un bain, la tumeur évolue au milieu de fortes douleurs.	Kyste perlé, tumeur fibreuse.	Excision.
Eales et Sinclair, Trans. ophth. Soc. 1890.	Chaux vive reçue, 8 ans auparavant.	Deux petites boules brunâtres provenant de derrière l'iris et oscillant.	Kyste solide, contenant de l'albumine coagulé et du pigment libre.	Excision de l'œil, motivée par la glaucome.
Witehead, Brit. méd. journal mars 1897	Opération de l'iridectomie.	Kyste occupant les 2/3 de la chambre antérieure.	Kyste perlé, poche épithéliale de 2 à 6 cellules d'épaisseur.	L'œil fut énucléé.

CONCLUSIONS

1° Les kystes de l'iris sont donc toute cavité close plus ou moins régulièrement sphérique constituée par une membrane continue avec l'iris et dont le contenu liquide ou mou, n'a que des rapports de contiguité avec la paroi.

Cette membrane peut être une néo-formation, constituée aux dépens du tissu irien lui-même.

2° D'après l'anatomie pathologique, il nous est permis de les classer en kystes séreux, kystes dermoïdes et kystes perlés.

3e Par leur étiologie et leur pathogénie, nous les avons divisés en kystes traumatiques, congénitaux ou consécutifs à une lésion inflammatoire.

4° Le diagnostic n'offre rien de particulier, ce genre de tumeur se reconnaît très facilement.

5° Les kystes de l'iris sont des tumeurs d'une bénignité relativement grande.

6° Le traitement, grâce au pédicule qui existe dans la plupart des kystes est très simple. Il consiste en l'extirpation qui doit être la règle pour tous les cas quels qu'ils soient.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. *Traité de maladies des yeux* Tome 1 p. 338.

Allin Charles, *Médical Journ, New-York.*

Benson. Ophthalmol. Société. 2 Mai 1889.

Bosteels. *Ann. d'oculistique* ; t. 52, p. 175.

Combessis. *Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie 1855* p. 438.

Despagnet. *Recueil d'ophthalmologie*, 1892.

Dixon. *Ann. d'oculistique ;* t. 37, p. 141.

Dooremal. — Die Entwickelung der in fremden Grund versetzten lebenden Gewebe. *(Archiv. fur Ophthalmologie*, XIX).

Eales et Sinclair *Trans. ophth. Soc. 1890.*

Else Milde von Rosenzweig : *Beitraege zur Angenh ;* p. 894, fasc. XIV, p. 33-43.

Eversbuch. *Klin Monatsbl.* décembre 1893 p. 409

Feuer. *Wien Médical Presse*, 1875. XVI, 8 et 9.

Frost. Ophthalmol. Sociét. 5 Juin 1884.

Ginsberg. *Centralbl* ; f. p. Augenh, nov. p. 332.

Graefe a. s. o. Bd. XII. *Abth. 2* p. 228.

Guépin. *Ann. d'oculistique* ; t. 44, 1860.

Gayet. *Société Française d'ophthalmologie* p. 13. 1883.

Goldzieher. — Ueber Implantationen in die vordere Augenkammer *(Archiv. fur exper. Path. und Phar.* tom. II).

Gross. — Contribution à l'étude des tumeurs perlées, *Société de Méd. de Nancy*, 1884.

Hausell. *Philadelphia Polyclinic* ; 11 Janvier 1896.

Haynes Walton. *Médical Times*, 5 Août 1854 p. 139.

Hosch. — Experimentalle Studien über Iriscysten, *Virchow's Archiv*. 1885.

Knapp. *Médic. New-York*, p. 64.

Leplat. *Annales de la Société médico-chir. de Liège*, 1896.

Mackinlay, Transactions Ophthalmolog. Sociét. Vol. XIV.

Mackenzie. *Traité d'oculistique* 4e édit. p. 704.

Masse. — Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris, Paris, 1885.

Monoyer. — Gaz. méd. de Strasbourg, 1er juin 1872. — Epithelioma perlé ou margaritoïde de l'iris. *Ann. d'oc.* 1872)

Moch. (Thèse, Paris 1899).

PAMARD. — *Annales d'oculistique* 1841, tome V, p.157

PANAS. — Traité des maladies des yeux, tome I, p. 338.

RICHARD. *Gazette hebdomadaire*, 1882.

ROTHMUND. *Annales d'oculistique.* 1872.

SAINT-MARTIN. *Bulletin des Quinze. Vingt* N° 2 p. 83 Avril 1884.

SCHMIDT-RIMPLER. Marbourg. L'origine des kystes iriens séreux, *Graes's Arch.*, t. XXXV N° 1 p. 147.

SIMROCK. *Médic. New-York.*

Georges STRAWBRIDGE. *Transactions of the American. Ophthalmological. Society,* 1876-1878.

STŒBER. *Gazette hebdomadaire*, t. 2, p. 55.

STOLTING : Du mode de production des kystes de l'iris ; p. 99-118.

TYRRELS. *On the Eye Pratical* ;vol. 1. p. 388 London.

VALUDE. — Nouveaux éléments d'ophthalmologie. tome II, p. 290.

WALTON. *Assoc. méd. Journal Annales d'oculistique,* 1854, p. 194.

WARTON JONES. Lancet.

WECKER ET LANDOLT. — *Traité complet d'ophthalmologie* p. 346.

WHITE-COOPER. *London-Journal.* Sept. 1852.

WITCHEAD. *Brit. méd. journal, Mars 1897.*

WORDSWORTG. *Annales d'oculistique.* t. 72.

Le Président de thèse,

TILLLAUX

Vu, le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

Impr, A BÉHAGUE, M. PONTHIÈRE, Succ. 14, Rue des Fossés, Lille.